

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Toni Hartikainen
Iina Kuokkanen

AKTIIVINEN IKÄÄNTYMINEN ELÄKÖITYNEIDEN RYHMÄTOIMIN-
NASSA
Ryhmätoimintamallin kehittäminen



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2016
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät

Toni Hartikainen, Iina Kuokkanen

Nimeke

Aktiivinen ikääntyminen eläköityneiden ryhmätoiminnassa

Toimeksiantaja

Karelia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden keskus

Tiivistelmä

Suomen väestön on arvioitu kasvavan tulevien vuosien aikana. Arvion mukaan vuonna 2020 joka neljäs suomalainen on 65 vuotta täyttänyt. Väestön ikääntyessä toiminnanrajoitteisten henkilöiden määrä kasvaa ja toimintakyvyn ylläpitämisen tukeminen tulee olemaan yhteiskunnallisesti merkittävässä roolissa. Omatoimisella fyysisellä aktiivisuudella on merkittävä vaikutus toiminnanvajeiden sekä sairauksien ehkäisyyn. Opinnäytetyön tavoitteena oli toimivan ryhmätoimintamallin kehittäminen vastaamaan toimeksiantajan tarpeita. Tarkoituksena oli tuoda ryhmäläisille tietoa sekä valmiuksia oman terveyden ja toimintakyvyn kehittämiseen sekä omaseurantaan.

Opinnäytetyö koostui hiljattain eläköityneille henkilöille suunnatun ryhmän pilotoinnista, sen arvioinnista sekä ryhmätoimintamallin kehittämistyöstä. Toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen oppimis- ja palveluympäristö Voimala. Opinnäytetyön toteutus tapahtui moniammatillisesti yhdessä muiden Voimalaopiskelijoiden kanssa. Toteutusympäristönä toimi Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinne-kampus.

Ryhmätoimintamalli koettiin toimivaksi ja hyödylliseksi ohjaajien sekä ryhmäläisten taholta. Lähtökohtana oli mahdollistaa ryhmäläisille myös yksilöllistä ohjausta, jonka takia ryhmäkoossa pidettiin maltillisena. Jatkossa ryhmätoimintamallia voidaan hyödyntää Voimalan toiminnassa.

Kieli
suomi

Sivuja 45
Liitteet 8
Liitesivumäärä 8

Asiasanat

aktiivinen ikääntyminen, toimintakyky, moniammatillisuus, kehittäminen



THESIS
May 2016
Degree Programme in Physiotherapy

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +35850 405 4816

Authors
Toni Hartikainen, Iina Kuokkanen

Title
Active Aging in Group Activity for Elderly

Commissioned by
Karelia University of Applied Sciences, Centre for Social Services and Health Care

Abstract

The population of Finland has been estimated to grow in the following years. According to the estimate, by the year 2020 every fourth Finn is over 65 years old. When the population ages, the amount of people with disorders grows and support in maintaining their ability to function will have significant effects. An independent and active approach in physical wellbeing has a prominent effect in preventing deficiencies in function and health. The aim of this thesis was to develop a practical group activity model responding to the needs of the commissioner. Its main function was to provide the group members with the information and skills needed for developing their own health and ability to function and for carrying out self-monitoring.

The thesis consisted of piloting and evaluating a group directed to recent retirees and of developing a group activity model. The research was commissioned by Voimala, a learning and service environment in the social and healthcare services department of Karelia University of Applied Sciences. It was implemented multi-professionally together with other students from Voimala in Tikkarinne-campus of Karelia University of Applied Sciences.

The group activity model proved to be operational and beneficial according to both the counsellors and the group members. The starting point was also to enable individual guidance for the group members and hence the group size was kept moderate. In the future, the group activity model can be utilised in the activities organised by Voimala.

Language
Finnish

Pages 45
Appendices 8
Pages of Appendices 8

Keywords
active aging, ability to function, multi-professionalism, development

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja lähtökohdat	7
2.1	Työn tavoite ja tarkoitus	7
2.2	Työn lähtökohdat	7
2.2.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	8
2.2.2	Moniammatillisuus	9
2.2.3	Vertaistuki ryhmätoiminnassa	9
3	ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus	11
3.1	ICF-luokituksen osa-alueet	11
3.2	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät.....	13
3.3	Kehon rakenteelliset ja fysiologiset muutokset ikääntyessä	15
4	Eläköityminen	18
5	Aktiivinen ikääntyminen	19
5.1	Aktiivisen ikääntymisen määritelmä	19
5.2	Fyysinen aktiivisuus.....	20
5.3	Kaatumisten ehkäisy.....	23
5.3.1	Proprioseptiikka ja tasapaino	24
6	Opinnäytetyön toteutus.....	27
6.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	27
6.2	Kehittämistyö	28
6.3	Ryhmätoimintamallin kehittäminen	30
6.3.1	Aloitus- ja suunnitteluvaihe	30
6.3.2	Käynnistys- ja toteutusvaihe	31
6.3.3	Päätätamisvaihe ja toiminnanarviointi.....	32
7	Ryhmätoiminnan malli	33
8	Pohdinta	35
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	35
8.2	Toiminnan tarkastelu	37
8.3	Oma ammatillinen oppiminen	38
8.4	Jatkokehittämisehdotukset.....	40
	Lähteet.....	41

Liitteet

Liite 1 Opinnäytetyön etenemisen suunnitelma

Liite 2 Elämäniloa eläkkeellä pilottiryhmän mainos

Liite 3 Elämäniloa eläkkeellä ryhmän mainos

Liite 4 Esitietolomake

Liite 5 Elämäniloa eläkkeellä ryhmän loppupalaute

Liite 6 Ryhmäläisten palaute Elämäniloa eläkkeellä pilottiryhmästä

Liite 7 Ryhmäläisten palaute elämäniloa eläkkeellä ryhmästä

Liite 8 Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä toiminnanrajoitteisten henkilöiden määrä kasvaa. Tästä syystä ikääntyvän väestön toimintakyvyn kohentaminen sekä ylläpitäminen tulevat olemaan yhteiskunnallisesti tärkeä tehtävä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Fyysisellä aktiivisuudella on hyvin merkittäviä vaikutuksia toimintakykyyn, toiminnanvajavuuksien ehkäisyyn, sairauksiin, elämänlaatuun ja itsenäiseen selviytymiseen ikääntyessä. Terveyttä ja toimintakykyä edistävästä liikunnasta ja liikuntasuosituksista on tehty kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. (Heikkinen 2005, 185.) World Health Organization eli WHO on määritellyt aktiivisen ikääntymisen prosessina, jossa optimoidaan mahdollisuudet pysyä terveenä. Aktiivinen ikääntyminen antaa mahdollisuuden ihmisille olla osana yhteiskuntaa, jolloin he voivat hyödyntää omia fyysisiä, sosiaalisia ja henkisiä kykyjään oman toimintakykyisyytensä säilyttämiseen. (WHO 2015.)

Yli 65-vuotiaita oli vuoden 2014 lopussa 19,9 % koko Suomen väestöstä kun vuonna 2000 yli 65-vuotiaita oli 15,0 %. Henkilömääränä 60–69-vuotiaita naisia ja miehiä vuonna 2014 oli 751 844. (Tilastokeskus 2015.) Koko Pohjois-Karjalan väestöstä noin neljäsosa on yli 65-vuotiaita ikäeläkkeen saajia (Eläketurvakeskus 2014, 36). Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (2015a) mukaan vuonna 2020 joka neljäs kansalainen Suomen väestöstä on 65 vuotta täyttänyt. Hiljattain eläköityneiden ryhmätoiminnalle on siis tarvetta.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda ryhmätoimintamalli, jonka tarkoituksena on tukea hiljattain eläköityneiden henkilöiden toimintakykyä. Ryhmätoiminnan avulla halutaan tuoda eläköityneille tietoa toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä oman toimintakyvyn kehittämisestä. Ryhmä toimii samalla myös vertaistukiryhmänä, jossa eläköityneet henkilöt voivat jakaa kokemuksiaan ja tuntemuksiaan toistensa kanssa. Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palvelukeskus Voimala.

2 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja lähtökohdat

2.1 Työn tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ryhmätoimintamalli pilottiryhmän pohjalta toimeksiantajana toimivan oppimis- ja palvelukeskus Voimalan käyttöön. Ryhmätoimintamalli on suunnattu hiljattain ikäeläköityneille miehille ja naisille. Tarkoituksena on tuoda ryhmäläisille tietoa toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä valmiuksia oman terveyden ja toimintakyvyn kehittämiseen ja omaseurantaan.

Opinnäytetyön tuotoksena on eläköityneiden toimintakykyä tukeva ryhmätoiminnan runko vastaamaan toimeksiantajan tarpeita. Ryhmätoimintamallia voidaan hyödyntää toimeksiantajan sekä opiskelijoiden käytössä. Tarkoituksena oli tuoda esille myös kehittämisideoita, joita ryhmätoimintaa jatkavat tahot voivat jatkokehittää.

2.2 Työn lähtökohdat

Opinnäytetyön lähtökohtana oli tarve hiljattain eläköityneiden ryhmätoiminnalle, josta oli tullut ehdotusta toimeksiantajallemme Voimalalle. Voimala on moniammatillinen oppimisympäristö, joten opinnäytetyö on toteutettu moniammatillisesti yhteistyössä sairaanhoitaja- sekä fysioterapeuttiopiskelijoiden kanssa. Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se koostuu pilotoinnin suunnittelusta, toteutuksesta, pilotin kehittämisestä sekä itse ryhmätoimintamallin luomisesta.

Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa oppimis- ja palveluympäristö Voimalassa keskittyy ikäosaamiseen. Tavoitteena on kehittää opiskelijan ikäosaamista ikäihmisten kanssa työskentelyn sekä moniammatillisuuden kautta. Voimalassa pyörii kokeiluvaiheen kehittämisprojekteja, joiden keskeisenä periaatteena on moniammatillinen ja käyttäjälähtöinen toiminta sekä esimerkiksi prosessikehittäminen. Opiskelijat ovat avaintoimijoita ryhmissä. Heidän kanssaan toimivat opettajat, hanketoimijat, työelämäkumppanit, ikäihmiset ja

muut kumppanit. Voimalassa ikäosaamisen kehittäminen tähtää uusien ikäosajien kouluttamiseen, ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Voimalan toiminnassa yhdistyvät siis kehittämis-, tutkimis- ja innovaatiotoiminta. (Kukkonen 2014, 13–15.)

Keväällä 2015 toimeksiantajan puolelta tuli tieto ryhmätoiminnan tarpeesta hiljattain eläköityneille henkilöille. Ryhmän pilotti pidettiin samana keväänä ja kehittämistyö alkoi pilotista saamamme palautteen perusteella syksyllä 2015. Toimintaympäristönä pilotille ja varsinaiselle hiljattain eläköityneiden ryhmälle toimi Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinne-kampus.

2.2.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena toimeksiantajan toiveiden mukaan. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja sillä tavoitellaan käytännön toiminnan järjestämistä ja ohjaamista. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus sekä raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyy produkti, joka voi olla konsepti, alakohtainen suunnitelma, konkreettinen tuote tai esimerkiksi paketoitu palvelu. Luonteenomaista toiminnalliselle opinnäytetyölle on työelämälähtöisyys. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä ulkopuolinen toimeksiantaja. Toiminnallinen osuus suoritetaan etukäteen laaditun ja ohjaajan hyväksymän suunnitelman mukaan. Raportissa esitellään toiminnallisen opinnäytetyön tietoperusta ja sen ohella toiminnan kuvaus ja arviointi suhteessa kirjoitettuun tietoperustaan. Raportissa toiminnallinen osuus esitellään tietystä ja etukäteen määritellystä näkökulmasta. (Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä 2014, 7–8.)

2.2.2 Moniammatillisuus

Voimalan toiminnassa perusideana on moniammatillinen yhteistyö, joten myös opinnäytetyömme on toteutettu moniammatillisesti. Isoherranen (2008, 33) mukaan moniammatillinen yhteistyö on esiintynyt käsitteenä 1980-luvun loppupuolelta lähtien ja se on vakiintunut 1990-luvulla Suomessa. Moniammatillisen yhteistyön käsite on hyvin epämääräinen ja monimerkityksellisesti käytetty. Sillä kuvataan monenlaista tapaa asiantuntijoiden yhteistyölle ja se pitää sisällään paljon erilaisia yhteistyömuotoja. Yksinkertaisuuksissaan eri alan asiantuntijoilla on siis yhteinen tehtävä tai työ, jossa he yhdistävät ammattitaitonsa päästäkseen haluttuun tavoitteeseen.

Terveystieteiden ammattilaisten moniammatillisella yhteistyöllä voidaan kehittää ja toteuttaa asianmukaisia ja tehokkaita toimenpiteitä parantaakseen ikään-tyneiden elämänlaatua (Chodzko-Zajko 2014). Oppilaitoksissa opetussuunnitelma antaa moniammatillisuuden opettamisesta viralliset suunnitelmat. Kuitenkin moniammatillisuuden oppiminen ja sen tukeminen on haasteellista ammatti- korkeakouluissa. (Katajamäki 2010, 15–16.) Työyhteisössä organisaatiorakenteen tulisi olla moniammatillisen yhteistyön mahdollistava. Tunnusomaista tällaiselle organisaatiolle on työntekijöiden osallistumisen arvostus, tasa-arvo, autonomia ja ilmaisuvapaus. (Rekola 2008, 17.)

2.2.3 Vertaistuki ryhmätoiminnassa

Elämäniloa eläkkeellä ryhmän yksi idea oli myös vertaistuen tuominen ja mahdollistuminen ryhmäläisille. Ryhmään osallistuvat olivat hiljattain eläkkeelle jääneitä henkilöitä, joille eläköityminen ja työuran päättäminen ovat olleet suuria muutoksia elämässä.

Tässä työssä vertaistuki tarkoittaa kokemusten vaihtamista vastavuoroisesti. Samankaltaisia prosesseja elämän aikana läpikäyneet henkilöt voivat saada ja antaa tukea toinen toisilleen. Vertaisryhmäläisillä on kokemuksellista käytännön tie-

toa ja heistä on keskinäistä apua toisilleen. (Laimio & Karnell 2010, 6.) Vertaistoiminnan arjen arvoja ovat tasavertaisuus, salassapito/vaitiolovelvollisuus, kunnioitus, vastavuoroisuus ja itsemääräämisoikeus. Ohjaajan tehtävänä on käytäntöjen sujumisesta huolehtiminen, kokoontumisen aloittaminen, ajankäytöstä huolehtiminen, ryhmää hyödyttävien menetelmien käyttäminen ja kokoontumisen lopetus. (Jyrkämä 2010, 19–20.)

2.2.3.1 Toiminta-ajatus vertaistuessa

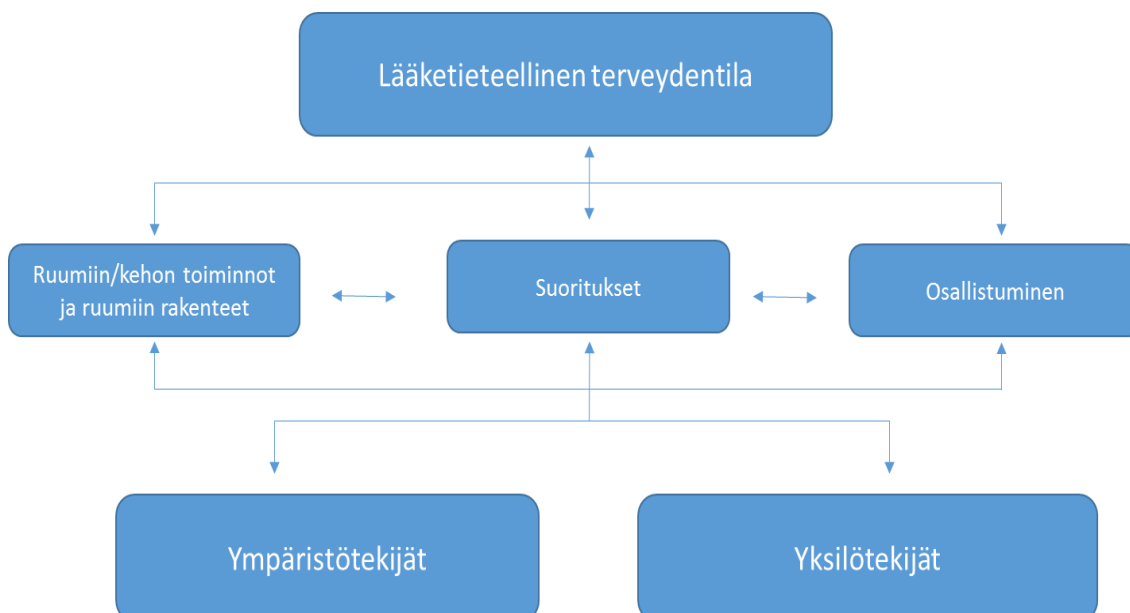
Ihmisten välinen vuorovaikutus on pääperiaate, johon vertaistoiminta perustuu. Ryhmään osallistuminen vaatii ryhmäläiseltä usein motivaation lisäksi myös rohkeutta. Ryhmään osallistuminen saattaa olla ensimmäinen sosiaalinen kohtaaminen pitkään aikaan. (Holm 2010, 51.) Vertaistuella on todettu olevan vahva vaikutus ennalta ehkäisevänä tekijänä etenkin vaikeissa elämäntilanteissa. Kokeuksellinen asiantuntijuus on keskiössä vertaistoiminnassa ja ihmisen omat sisäiset voimavarat pyritään saamaan esiin vertaistoiminnan avustuksella. Erilaiset sopeutumis- ja muutosprosessit saavat aikaan useanlaisia tunteita, joiden ilmaiseminen ja tunnistaminen ovat hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita. (Laimio & Karnell 2010, 11–12.)

Terveyttä edistävää toimintaa toteutettaessa sen perustana on ammattietiikka, käsitys terveydestä ja ihmisestä sekä arvot. Toimintatapaa ei ratkaise etiikka, mutta se auttaa terveyteen liittyvien kysymysten moniulotteisemmassa tarkastelussa. Yksi keskeisimmistä arvoista on ihmisarvon kunnioittaminen. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2008, 62.)

3 ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus

3.1 ICF-luokituksen osa-alueet

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 kansainvälisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health), joka on viitekehys toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kuvaamiseen. (WHO 2013, 3.) ICF luokittelee toimintakyvyn, toiminnanrajoitteet ja terveyden, ja ne kuvaavat miten sairauden tai vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. Toimintakyky kuvataan ICF-luokituksessa moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena sekä dynaamisena tilana, joka koostuu ihmisen terveydentilan ja yksilön sekä ympäristötekijöiden yhteisestä vaikutuksesta. Toimintakykyä kuvataan näin ollen ICF-luokituksessa kokonaisvaltaisesti. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014a.) Kuvassa 1. esitellään ICF-luokittelun käsitteellinen malli.



Kuva 1. ICF-luokituksen vuorovaikutussuhteet (mukaillen World Health Organization 2004).

Aihealueet on esitelty ruumiin/kehon, yksilön ja yhteisön näkökulmasta kahtena luokituksena: 1) Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä 2) Suoritus- ja osallistuminen. Näihin kahteen luokitteluun kuuluvat myös vajavuudet, suoritusrajoitteet ja osallistumisrajoitteet. Kontekstuaalisina tekijöinä luokitellaan yksilö ja ympäristötekijät, jotka sisältävät yksilön elämisen ja koko elämän taustan. Osa-alueita voidaan kuvailla siis myönteisellä ja kielteisellä tavalla. Luokituksena ICF ryhmittelee nämä aihealueet, joiden avulla kuvataan terveyttä, toimintakykyä sekä toiminnanrajoitteita henkilön lääketieteellisen terveyden yhteydessä. Yhteen osa-alueeseen kohdistetut toiminnot voivat vaikuttaa yhteen tai useampaan muuhun osa-alueeseen. Vuorovaikutukset osa-alueiden välillä ovat kuitenkin epäspesifejä ja ne eivät ole ennalta ennustettavia. (WHO 2013, 3,10,16, 18–19.)

Toimintakyky eli Functioning käsite kattaa kaikki ruumiin/kehon toiminnot sekä rakenteet, osallistumisen ja suoritukset. Toimintakykyä tai toiminnanrajoitteita ei ole tarkoitus kuvata prosessina ICF-luokituksessa. Toimintakyky sekä toiminnanrajoitteet luokitellaan vuorovaikutteisena ja monitahoisena kehitysprosessina. Yksilön toimintakyky määräytyy hänen oman lääketieteellisen terveydentilansa sekä kontekstuaalisten ympäristö- ja yksilötekijöiden tuloksena. (WHO 2013, 18, 208.)

Toiminnanrajoitteet eli Disabilities käsittävät ruumiin/kehon vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. ICF luokittelee lisäksi näihin käsitteisiin vuorovaikutussuhteessa olevat ympäristötekijät. ICF-luokituksen käyttäjä pystyy kirjamaan eri tarkoituksiin soveltuvia yksilöllisiä toimintakyvyn, toiminnanrajoitteiden ja terveyden profiileja, jotka koostuvat eri ICF-aihealueista. Ruumiin/kehon toiminnot ovat elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot ja niihin luetaan myös mielen toiminnot. Ruumiin rakenteet ovat ruumiin anatomiset osat, kuten elimet ja raajat ja niiden rakenneosat. Vajavuuksilla tarkoitetaan ICF-luokituksessa ruumiin/kehon toimintojen sekä ruumiin rakenteiden ongelmia, kuten huomattavat muutokset tai poikkeavuudet. Suoritusrajoite tarkoittaa vaikeutta, joka yksilöllä on toimen tai tehtävän toteuttamisessa. Osallistumisrajoitteella tarkoitetaan ongelmaa, jonka yksilö kokee osallisuudessa elämän tilanteisiin. (WHO 2013, 3, 10.)

Toimintakyvyn osa-alueet voidaan jaotella myös fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (WHO 2015). Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen edellytyksiä selvitä hänelle tärkeistä jokapäiväisistä toiminnoista, esimerkiksi opiskelusta, työstä, harrastuksista, vapaa-ajasta ja itsestään huolehtimisesta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015b.) Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyy psykomotorinen toiminta, psyykinen hyvinvointi, depressio, ahdistuneisuus, stressi ja yksinäisyyden kokemukset. Psyykkisen toimintakyvyn keskeisin osa-alue on kognitiivinen toimintakyky, joka tarkoittaa tiedonkäsittelyyn tarvittavia toimintoja kuten: havaitseminen, oppiminen ja muistaminen, ajattelu sekä kielelliset toiminnot, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko. Sosiaalinen toimintakyky määrittää ympäristön ja yksilön välisenä vuorovaikutuksena. Siihen sisältyvät harrastukset, vapaa-ajanviettotavat, kyky solmia uusia ihmissuhteita sekä kontaktit ystäviin ja tuttaviiin. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää yhteisöä, kykyä toimia ja kykyä olla vuorovaikutuksessa. (Lyyra, Pikkarainen & Tiittanen 2007, 20, 116.)

Yksilö- ja ympäristötekijät ovat kontekstuaalisia tekijöitä. Ne sisältävät yksilön elämän ja elämisen taustan. Kumpikin näistä tekijöistä saattaa vaikuttaa yksilön lääketieteelliseen terveydentilaan, toiminnalliseen terveydentilaan tai terveyteen liittyvään toiminnalliseen tilaan. Yksilötekijät muodostavat elämän ja tietyn taustan elämiselle yksilön elämässä. Ne eivät kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Yksilötekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, elämäntavat, koulutus, ammatti, sosiaalinen tausta, rotu, muut terveydentekijät, yleiskunto, tottumukset, kasvatus, selviytymisstrategiat, yksilölliset henkiset ominaisuudet ja vahvuudet. Ympäristötekijät ovat henkilön sosiaalinen, fyysinen sekä se asenneympäristö, jossa ihmiset asuvat ja elävät. Tällaiset tekijät ovat yksilön ulkopuolella ja ne voivat vaikuttaa yksilön suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä positiivisesti tai negatiivisesti. Ruumiin/kehon toimintoihin vaikuttavat ympäristötekijät, kuten esimerkiksi valo, joka vaikuttaa näköön ja äänet, jotka vaikuttavat kuuloon. (WHO 2013, 13, 16–17.)

3.2 Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät

Sairaudet ja toiminnanvajavuudet lisääntyvät ikääntyessä ja ne laskevat toimintakykyä. Toimintakykyä edistäviin tekijöihin kuuluu terve vanheneminen. Se on

käsite, jota käytetään kuvaamaan ja edistämään elintapoja sekä elinoloja, joiden tiedetään vaikuttavan hyvän terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ikääntyessä. Onnistuva vanheneminen on noussut myös käsitteenä esille. Se tarkoittaa vanhenemista, jossa vältytään toiminnanvajavuuksilta ja haittaavilta sairauksilta sekä se tarkoittaa hyvää fyysistä ja henkistä toimintakykyä ylläpitävää aktiivista ja osallistuvaa elämäntapaa. Terve vanheneminen ja onnistuva vanheneminen ovat asioita, joihin voidaan oletettavasti vaikuttaa hyvällä fyysisellä aktiivisuudella. Jossakin määrin on osoitettu, että 60–75-vuotiailla on vähemmän toiminnanvajavuuksia kuin vastaavan ikäisillä noin 10 vuotta sitten. (Heikkinen 2005, 186, 190–191.)

Terveyden ja toimintakyvyn kehittymistä ikääntyessä säätelevät sattumat kuten perinnöllisyys, tapaturmat, elinolot ja elämäntavat (Heikkinen 2005, 190). Toiminnanvajavuuksia arvioidaan selviytymisenä päivittäisistä perustoiminnoista (activities of daily living, ADL) sekä kykyä hoitaa asioita kodin ulkopuolella (instrumental activities of daily living, IADL) (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278–279). ADL-toimintoja ovat peseytyminen, pukeutuminen, WC-käynnit, siirtyminen, pidätyskyky ja syöminen. IADL-toimintoja ovat kodin hoito, pyykin pesu, kaupassa käynti, puhelimen käyttö ja kulkuvälineillä liikkuminen. (Käypähoito 2006). Iän myötä monet krooniset sairaudet, erilaiset oireet ja toiminnanvajavuudet lisääntyvät. Jo noin 30–44 -vuotiailla 30 %:lla on ikäryhmässään ainakin yksi krooninen sairaus. Ikääntyessä sairauksien esiintyvyys lisääntyy. 85 vuotta täyttäneistä on kliinisesti terveitä enää alle 10 %. Omassa kodissa asuvista 65 täyttäneistä noin kolmasosa kaatuu vuoden aikana vähintään kerran. (Heikkinen 2005, 186, 190–191.)

Monilla eri tekijöillä on vaikutusta toimintakyvyn ja terveyden muutoksiin ikääntyessä. Elimistön rakenteisiin ja toimintoihin vaikuttavat vanhenemisprosessit ja ne näkyvät henkilöissä eri tavoin ja eri nopeuksilla. (Heikkinen 2005, 193.) Iän mukana tapahtuu lihasvoiman heikkenemistä, joka on keskeisen riskitekijä toiminnanvajavuuksien synnyssä (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2013, 141). Henkilön fyysinen ympäristökin voi vaikuttaa toimintakykyyn laskevasti, jos se sisältää esteitä

tai hankaluuksia. Fyysiseen ympäristöön vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ilmasto-olot, liikuntapaikkojen puute tai huono saavutettavuus, etäisyys sekä uimahallin kylmä vesi. (Heikkinen 2005, 199.)

3.3 Kehon rakenteelliset ja fysiologiset muutokset ikääntyessä

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumin rakenteet osa-aluetta käsitteleviä konstruktioita voidaan tarkastella anatomisten rakenteiden- ja fysiologisten toimintojen muutoksina (WHO 2013, 8). Ikääntyessä tapahtuvat muutokset luokitellaan usein normaaleihin vanhenemisen tuomiin muutoksiin ja muutoksiin, jotka sairaudet ovat aiheuttaneet. Niiden aiheuttamien muutosten välille on kuitenkin hankalaa vetää selkeää rajaa. Solutasolla sairauksista riippumatta toimintojen ja rakenteen heikkenemistä aiheuttaa primaari vanheneminen. Useissa toimintakyvyn osa-alueissa tapahtuu alenemista sen seurauksena. Alenemista tapahtuu esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnassa, maksimaalisessa hapenkulutuksessa, lihasmassassa ja voimassa, reaktioajassa, muistissa sekä kuulossa ja näössä. Sekundaarinen vanheneminen johtuu puolestaan ympäristötekijöistä ja sairauksista. Vaikuttavia ympäristötekijöitä voivat olla esimerkiksi fyysinen inaktiivisuus, tupakointi sekä ultraviolettisäteily. (Heikkinen 2013, 393–394.)

Kun ihminen ikääntyy, tapahtuu ääreis- ja keskushermostossa muutoksia. Katoa tapahtuu esimerkiksi neuronimäärässä ja dendriiteissä sekä lisäksi tapahtuu demyelinaatiota. (Sulkava 2010.) Demyelinaatio tarkoittaa vaurioita hermosyitä ympäröivässä myeliinissä (Arola-Talve 2007). Isojen aivojen kuorikerroksen oheneminen, aivokammioiden laajeneminen ja aivojen painon sekä tilavuuden pieneminen kuuluvat myös ikääntymisen tuomiin muutoksiin. Vastaavanlaisia muutoksia tapahtuu myös selkäytimessä. Muutokset ovat kuitenkin heikosti korreloitavissa ihmisten toimintakykyyn. Selkeimmät ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat kognitiivisen ja motorisen toiminnan hidastuminen. Yksilön jatkuva fyysinen ja henkinen aktiivisuus ylläpitää kognitiivista toimintakykyä, ellei aivoihin vaikuttavaa sairautta ilmene. (Sulkava 2010.)

Solutasolla vanhenemisen muutokset tapahtuvat yksittäisissä soluissa. Muutoksia ovat solujakaantumisen loppuminen sekä hidastuminen solujen metaboliassa. Vauriot vanhenemiseen liittyen ovat nähtävissä solun molekyyleissä, kuten lipideissä, proteiineissa ja DNA:ssa. Lisäksi vauriot ovat nähtävissä myös soluissa sekä kudoksissa. (Majamaa 2013, 125.) Lipidit ovat solussa olevia rasva-aineita ja DNA on tuman perintöaine (Aro 2013a). Aminohapoista koostuvat proteiinit kuljettavat tarpeellisia aminohappoja ravinnosta elimistöön (Aro 2013b). Soluissa tapahtuu myös kemiallisten reaktioiden hidastumista ja solujen jakaantumista tulee harvinaisempia (Portin 2013, 114).

Rasvan määrä lisääntyy ikääntyessä ja rasvattoman massan osuus vähenee. Muutokset johtuvat lihaskudoksen sekä muiden proteiinien ja luiden mineraalien määrän vähenemisestä. (Majamaa 2013, 132–133.) Iän mukana tapahtuu lihasvoiman heikkenemistä (Sipilä ym. 2013, 141). Ikääntyessä kehon koostumuksen muutokset ovat ainakin osittain yhteydessä fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen. Heikentynyt kunto johtaa fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen laskien toimintakykyä ja tästä seuraa lisääntynyt avun tarve. (Majamaa 2013, 132–133.) Osteoporoosi eli luukato tarkoittaa, että luun kokonaismassa on vähentynyt suhteessa sen tilavuuteen. Luun rakenne on muuttunut ja se on huokoistunut ja ohentunut. Näin ollen murtumariski on kasvanut. Tavallisimmin osteoporoosi liittyy ikääntymiseen, mutta se voi johtua myös huonoista elintavoista kuten esimerkiksi liikunnan puutteesta, huonosta ravinnosta, tupakoinnista ja alkoholin liika-käytöstä. (Kannus 2011, 155.) Osteoporoosissa luun menetys on iän tuomaa menetystä nopeampaa. Naisten luuntiheys on miehiä pienempi, joka on suurempi altistava tekijä murtumien synnylle ja luukadolle. Lisäksi vaihdevuodet nopeuttavat naisten luiden huokoistumista. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 631.)

Terveillä nuorilla ja keski-ikäisillä ihmisillä kovintakaan suoritusta ei rajoita hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminta. Ikääntyminen vaikuttaa usealla tavalla hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan huonontavasti. Huonontavia muutoksia ovat esimerkiksi asennon muuttuminen kumaraksi, rintakehän ja keuhkokudoksen jäykistyminen, hengityslihasten ja keuhkoputkien ruston heikentyminen, liimarauhasten määrän kasvu, ilmäteiden värekarvojen toiminnan vähentyminen sekä keuhkorakkuloiden ja niiden hiussuonten väheneminen. Nämä muutokset

lisäävät hengityksen aiheuttamaa työtä, joka ilmenee voimakkaampana hengästyksenä. (Vuori 2011, 95.)

Nivelrikko eli artroosi kuuluu tuki- ja liikuntaelimistön sairauksiin ja se on yksi yleisimmistä kivun aiheuttajista. Nivelrikkoon kuuluu nivelruston rappeutuminen ja nivelvälin kaventuminen. (Kujala 2005, 303.) Artroosilla on tutkimuksen mukaan todettu olevan yhteys psyykkiseen mielialaan, koska se vaikuttaa fyysiseen aktiivisuuteen ja sitä kautta fyysiseen toimintakykyyn. (Bäckmand 2006, 74). Kun rusto ikääntyy, pienenee rustosolutiheys etenkin syvässä osassa rustoa. Tästä seuraa solujen heikentynyt kyky ruston väliaineen ylläpitämiseen. Ruston vaurioitumisriski kasvaa, kun sen metabolinen aktiivisuus vähenee ja muutokset soluväliaineessa vaikuttavat heikentävästi ruston biomekaanisiin ominaisuuksiin. Tästä johtuu myös ruston heikentynyt korjauskapasiteetti. (Arokoski, Lammi, Hyttinen, Kiviranta, Parkkinen, Jurvelin, Tammi & Helminen 2001.) Nivel jäykistyy ja siinä ilmenee kipua ja ennen pitkää se saattaa johtaa toimintakyvyn heikentymiseen (Arokoski 2012). Nivelrikko voi olla primaarinen eli siinä ei ole vammataustaa, infektiota, metabolista häiriötä tai muuta syytä taustalla tai sekundaarinen, jolloin taustalla on vamma, tulehduksellinen, ravitsemuksellinen tai endokriininen häiriö. Artroosin kehittymisen vaaratekijöihin kuuluvat voimakkaasti kuormittava työ ja nivelen tapaturmat. Myös ylipaino voi olla alaraajojen nivelrikon kehittymistä lisäävä tekijä. (Kujala 2005, 303.)

Artroosiin ei ole parannuskeinoa ja hoidot ovat oireita lievittäviä. Artroosin ehkäisy ei ole täysin mahdollista, koska etiologia eli taudin syntymekanismi ei ole täysin tiedossa. Kuitenkin kliinisten kokemusten ja epidemiologisten selvitysten perusteella tietyt toimenpiteet kuten nivelten optimaalinen kuormitus, hyvä tuki- ja liikuntaelimistön kunto, terveelliset elintavat ja tapaturmien torjunta olisivat mielekkäitä ennaltaehkäiseviä toimintoja. Ennenaikaisen artroosin ehkäisyssä liikunnan tulee olla kohtuukuormitteista ja vammautumisalttiudeltaan vähäistä. Liikunta on osana artroosin ennalta ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. (Kujala 2005, 305.) Polvi- ja lonkkanivelrikkoa hoitaessa tulisi vahvistaa ympärillä olevia lihaksia. Hyviä liikuntalajeja nivelrikossa ovat esimerkiksi kävely, pyöräily, hiihto ja vesili-

kunta. Lisäksi tulisi tehdä lihasvoima- sekä liikkuvuusharjoitteita. Nivelkipua lisäävää iskutyypistä liikuntaa tulisi vältellä, kuten myös pitkiä liikkumattomuusjaksoja. (Arokoski 2012.)

4 Eläköityminen

Eläkeläiseksi määritellään kaikki ne, jotka saavat Kansaneläkelaitoksen tai Eläketurvakeskuksen tietojen mukaan eläkettä ja he eivät ole enää ansiotyössä. Kaikki yli 74-vuotiaat päätellään myös eläkeläisiksi. (Tilastokeskus 2015.) Eläkkeelle voi jäädä iän perusteella, yleensä 63–68-vuotiaana ja tällöin henkilölle maksetaan eläkettä. Työeläkkeeseen vaikuttaa työvuosien määrä, mitä pidempään on töissä, sitä isomman työeläkkeen saa. (Kela 2014.)

Yhteiskunnan täytyy sopeutua väestörakenteen nopeaan muutokseen. Väestörakenteen muutos tapahtuu Euroopan nopeinten Suomessa. Ikääntyminen väestössä selittyy sekä syntyvyyden laskulla että eliniän pitenemisellä. Suurten ikäluokkien kasvu korkeaan ikään vaatii sopeutumista ja kokoaikaista uudistamista. Suomi on tällä hetkellä ikääntynein maa Euroopassa. (Tilastokeskus 2014.) Suurella ikäluokalla tarkoitetaan sotien jälkeen vuosina 1945–1949 syntyneitä lapsia. Heitä syntyi vuosittain noin 100 000 lasta. Suuret ikäluokat olivat vuonna 2010 61–65-vuotiaita ja heistä oli työelämässä enää vajaa kolmannes eli noin 120 000 vuoden 2010 loppuun mennessä. Suurista ikäluokista eläkkeelle on siirtynyt vuoden 2010 loppuun mennessä noin 60 %. Suomen väestörakenne muuttuu merkittävästi tulevien vuosien aikana. Vuoden 2009 väestöennusteen mukaan vuonna 2030 Suomen väestöstä 65 vuotta täyttäneitä on jo 26 %. (Tilastokeskus 2012b.)

Väestörakenteen muutos eli kasvu iäkkäiden ikäluokkien määrissä ja nuorempien ikäluokkien määrrien vähenemisessä on nostanut huolen hyvinvointiyhteiskuntien kestävydestä taloudellisesti. Asiaa ruvettiin pohtimaan ja vuonna 2012 asetettiin työryhmä, joka alkoi miettimään, miten Suomessa voitaisiin turvata mahdollisim-

man korkea hyvinvointi ikääntyvälle väestölle. Ryhmälle annettiin nimeksi “Kaikenikäisten Suomi”. Aktiivisen elämän mahdollistaminen kaikille nousi esille. Myös ajatus eläkejärjestelmän kestävydestä nousi esille. Eläkkeen tulisi mahdollistaa kohtuullinen toimeentulo eläkkeelle jäädessä. Prosessi esitellään raportissa, joka asettaa yhdeksän tavoitetta ja niihin toimenpide-ehdotukset. (Vaarama 2013, 3, 5–6, 13.)

Opinnäytetyö on toteutettu Joensuussa, joka kuuluu Pohjois-Karjalaan. Väestöä Pohjois-Karjalassa oli vuoden 2014 lopulla 165 258. (Tilastokeskus 2015.) Pohjois-Karjalassa kaikkien ikäeläkettä saavien osuus väestöstä oli vuoden 2014 lopulla 41 257 henkilöä, joista alle 65-vuotiaiden osuus oli 3 903 henkilöä (Eläketurvakeskus 2014, 36). Eli laskennallisesti noin 25 % koko Pohjois-Karjalan väestöstä saa ikäeläkettä. Eläkkeellä on siis noin neljäsosa Pohjois-Karjalan asukkaista. Koska ikääntyneiden määrä kasvaa Suomessa, myös ikääntyneiden määrä Pohjois-Karjalassa kasvaa. Tämä johtaa eläkkeensaajien määrän kasvuun.

5 Aktiivinen ikääntyminen

5.1 Aktiivisen ikääntymisen määritelmä

Maailman terveysjärjestön määrittelyn mukaan aktiivinen ikääntyminen tarkoittaa prosessia, jossa optimoidaan mahdollisuudet terveenä pysymiselle, osallistumiselle ja turvallisuudelle elämänlaadun parantamiseksi ihmisten ikääntyessä. Tämä koskee yksilöitä sekä väestöryhmiä. Aktiivinen ikääntyminen antaa ihmisille mahdollisuuden hyödyntää omia kykyjään fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin koko heidän elämänsä ajan sekä olla osallisena yhteiskuntaa, samalla tarjoamalla heille riittävää suojaa, turvaa ja hoivaa, kun he sitä tarvitsevat. (WHO 2015.)

Aktiivisuus tarkoittaa jatkuvaa osallistumista sosiaaliseen, taloudelliseen, kulttuuriseen, uskonnolliseen ja kansalaisten asioihin. Aktiivisuus ei ole vain mahdollisuus olla fyysisesti aktiivinen tai olla osana työvoimaa. Ikääntyneet henkilöt, jotka

jäävät eläkkeelle työstään sairauden tai toiminnanrajoitteen vuoksi, voivat silti pysyä aktiivisina tukijoina perheelleen, yhteisölleen ja yhdistyksilleen. Aktiivinen ikääntyminen pyritään laajentamaan terveen elinajan odotteeseen sekä elämänlaatuun ihmisten ikääntyessä. WHO määrittelee terveyden olevan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Itsenäisyyden ja riippumattomuuden säilyminen on keskeinen tavoite ikääntyessä. (WHO 2015.)

Väestön ikääntyessä on pyrittävä etsimään keinoja, joiden avulla ikääntyneiden ihmisten terveyttä ja toimintakykyä voidaan ylläpitää sekä parantaa. Liikunnan vaikutukset toimintakykyyn ja terveyteen ovat samanlaiset verrattuna nuoriin aikuisiin. Liikunnalla ja muulla fyysisellä aktiivisuudella on hyvin merkittäviä vaikutuksia toimintakykyyn, toiminnanvajavuuksien ehkäisyyn, sairauksiin, elämänlaatuun ja itsenäiseen selviytymiseen ikääntyessä. Terveyttä ja toimintakykyä edistävästä liikunnasta ja liikuntasuosituksista on tehty kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. (Heikkinen 2005, 185.)

5.2 Fyysinen aktiivisuus

Fyysinen aktiivisuus eli physical activity on lihasten tahdonalaista ja energiankulutusta lisäävää toimintaa, joka johtaa lihasten liikkeeseen. Fyysisellä inaktiivisuudella eli physical inactivity eli tarkoitetaan lihasten vähäistä käyttöä tai kokonaan käyttämättömyyttä, joka toimintojen huonontumiseen ja elinjärjestelmien heikkenemiseen. (Terveyskirjasto 2015.) Väestön ikääntyessä on pyrittävä etsimään keinoja, joiden avulla ikääntyneiden ihmisten terveyttä ja toimintakykyä voidaan ylläpitää sekä parantaa. Liikunnan vaikutukset toimintakykyyn ja terveyteen ovat samanlaiset verrattuna nuoriin aikuisiin. Liikunnalla ja muulla fyysisellä aktiivisuudella on hyvin merkittäviä vaikutuksia toiminnanvajavuuksien ehkäisyyn, sairauksiin, elämänlaatuun ja itsenäiseen selviytymiseen ikääntyessä. Terveyttä ja toimintakykyä edistävästä liikunnasta ja liikuntasuosituksista on tehty kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. (Heikkinen 2005, 185.) Seuraavissa kappaleissa on esitelty fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia lihasvoimaan, kehon rakenteisiin ja sairauksien syntyyn ikääntyessä.

Lihassoiman huippu saavutetaan 20–30 ikävuoden tienoilla. Lihassoima pysyy lähes muuttumattomana 50. ikävuoteen asti, jos fyysisessä aktiivisuudessa sekä elintavoissa ei tapahdu merkittäviä muutoksia. Sen jälkeen lihasvoiman heikentymistä rupeaa tapahtumaan 1 % vuosivauhtia. Naisilla vaihdevuosiin liittyvien hormonaalisten muutosten takia 50. ikävuoden tienoilla lihasvoima heikkenee luultavasti nopeammin ja enemmän verrattuna miehiin. 65. ikävuoden jälkeen lihasvoima heikkenee noin 1,5–2 % vuodessa. (Sipilä ym. 2013, 146.) Yli 65-vuotiaille suositellaan lihasvoimaharjoittelua vähintään kahtena ja aerobista harjoittelua viitenä päivänä viikossa (Käypä hoito 2012). Lisäksi tasapainoa tulisi harjoittaa noin kolmena ja liikkuvuutta kahtena päivänä viikossa (Vuori 2010a).

Ikääntyessä lihaskudoksen määrä vähenee ja korvautuu osittain rasvakudoksella, tätä kutsutaan sarkopeniaksi. Liikehermosolujen väheneminen on yksi sarkopenian tyypillinen piirre. Myös nopeiden ja hitaiden lihassolujen määrä pienenee soluvaurion tai liikehermosolun kuoleman seurauksena. Sarkopenian taustalla ovat myös hormonitasojen lasku, fyysisen aktiivisuuden aleneminen, niukka proteiinin saanti ravinnosta sekä lisääntyneeseen rasvan määrään liittyvä insuliiniresistenssi eli insuliinin vaikutuksen heikkeneminen. Lisääntyneen kuolleisuusriskin ja toiminnanvajavuuden taustalla ovat sarkopenian seurauksena tuoma lihasheikkous ja metabolisen reservin aleneminen. (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2013, 146–147.) Lihassoiman säilyvyys onkin oleellinen tekijä siinä, että ikääntynyt pystyy suoriutumaan arjen askareissa itsenäisesti. Esimerkiksi tuolilta nousu vaatii iäkkäillä ihmisillä reisien maksimivoimasta 80 %, kun vastaava luku aikuisilla ja nuorilla on 40–50 %. Jo muutamia kuukausia toteutetulla lihasvoimaharjoittelulla saadaan lisättyä lihasvoimaa 10–30 %. (Sundell 2015.)

Lihassoimaharjoittelulla on tärkeä osa myös painonhallinnassa. Eräässä tutkimuksessa ikämiesten neljän kuukauden mittaisella kahdesti viikossa tapahtuvalla lihaskuntoharjoittelulla oli 10–11 % vähentävä vaikutus rasvakudokselle ilman ruokavaliomuutoksia. (Sundell 2015.) Tutkimuksessa on todettu vastusharjoittelun vaikuttavan sokeritasapainoon tyypin 2 diabeteksessa tehokkaammin kuin kestävyysharjoittelun. Tutkimukseen osallistui 20 inaktiivista keski-ikältään 53,5 vuotiasta. Tutkimuksessa verrattiin vastustetun juoksumattoharjoittelun vaikutuksia perinteiseen juoksumattojuoksuun. Tutkittavat harjoittelivat kolmesti viikossa

kymmenen minuuttia kerrallaan. Tulokset osoittivat juoksumattoharjoitteita vastuksen kanssa tehdyillä osallistujilla alhaisemmaksi laskeneet HbA1c (sokerihemoglobiini) arvot, kuin ilman vastusta juoksumattoharjoitteita tehneillä. (Bweir, Al-Jarrah, Almalty, Maayah, Smirnova, Novikova & Stehno-Bittel 2009.) Kuitenkin arviolta 15–20 %:lla ei ole hyötyä liikunnasta tyypin 2 diabeteksen osalta (Eriksson 2015).

Kaksosille tehdyillä tutkimuksella on osoitettu, että 2 tyypin diabetes oli merkittävästi harvinaisempi liikunnallisesti aktiivisilla kaksosilla. (Aaltonen, Leskinen, Morris, Alen, Kaprio, Liukkonen & Kujala 2012, 157.) Ympäristötekijöiden ja olosuhteiden vaikutuksien erottaminen verrattuna fyysisen aktiivisuuden periytymiseen on haasteena suoranaista geeniperiytyvyydestä. Kuitenkin Rantasen kirjoituksessa kerrotaan tutkimuksesta, jossa kaksosten elinolot olivat olleet hyvin samankaltaiset, joten fyysisen aktiivisuuden osuus terveyshyödyissä tulee esiin. (Rantanen 2013, 408–409.) Aaltosen ym. tutkimuksen kaksosilla elinolot olivat olleet erilaisia, joten ympäristötekijät ja olosuhteet ovat vaikuttaneet merkittävämmmin (Aaltonen ym. 2012, 161).

Fyysisellä harjoittelulla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa jo todettua osteoporoosia (Fernandes Moreira, Longo de Oliveira, Lirani-Galvão, Marin-Mio, Nolasco dos Santos & Lazaretti-Castro, 2014). Osteoporoosin ehkäisyssä liikunnan tulee olla pitkäaikaista, säännöllistä sekä rasittavuusasteeltaan nousevaa. Tarkka liikuntakertojen ja taajuuden määrittäminen vaatii lisätutkimuksia henkilön osalta. Koska liikunta vaikuttaa myönteisesti vain niissä luissa ja luunosissa, jotka ovat kuormitettuna, tulisi liikunnan olla koko luustoa monipuolisesti kuormittavaa. Etenkin kannattaa huomioida liikunnassa ne kehon osat, missä vakavimmat murtumat esiintyvät eli reisiluun tyviosassa ja lannerangassa. (Kannus 2011, 157.)

Verenkierto- ja hengityselimistön kunto eli kestävyyskunto on yksi ulottuvuus terveyskuntoa tarkastellessa. Hyvä kestävyyskunto vähentää kohonneen verenpaineen, tyypin II diabeteksen, sepelvaltimotaudin ja metabolisen oireyhtymän vaaraa. Hyvä kestävyyskunto vaikuttaa positiivisesti moniin verisuonisairauksien riskitekijöihin kuten veren rasva-arvoihin, ylipainoon, korkeaan verenpaineeseen,

sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin. Hyväkuntoisen henkilön verisuonet ovat elastisempia verrattuna huonokuntoisen henkilön verisuoniin. (Suni & Vasankari 2011, 34–35.)

5.3 Kaatumisten ehkäisy

Noin 80 % iäkkäiden tapaturmista on kaatumisia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015c). Usein erityisesti ongelmat, jotka liittyvät tasapainoon, ovat iäkkäiden omasta mielestä yleisimpiä asioita, jotka rajoittavat ja haittaavat arkielämää (Pajala, Sihvonen & Era 2013, 168). Monet eri tekijät vaikuttavat ikääntyneen kaatumisalttiuteen. Kaatumisten ehkäisy on parhaimmillaan ennakointia, joka tarkoittaa sitä, että kaatumisille altistavia riskitekijöitä vähennetään hyvissä ajoin. Ehkäisy on kannattavaa yhteiskunnan sekä yksilön kannalta. Kaatumisiin vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta niihin voidaan puuttua. Tehokkaimpia toimia kaatumisten ehkäisemiseksi ovat muun muassa liikkumis- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, lihaskunnan ja tasapainon harjoittaminen, ympäristöön liittyvien vaaranpaikkojen poistaminen, hyvän terveydentilan ylläpitäminen sekä sairauksien hyvä hoito. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.) Kaatumistapaturmia ennustavat heikko lihasvoima ja tasapaino-ongelmat (Heikkinen 2005, 193). Kaatumiset ovat myös toiseksi suurin syy, ei tarkoituksenmukaisille, ja tapaturmaisille kuolemansyille. Yli 65-vuotiailla aikuisilla on eniten kuolemaan johtavia kaatumisia. (WHO 2012.)

Tasapainon säilyminen on tärkeä tekijä kaatumisten ja niistä aiheutuvien tapaturmien ehkäisemiseksi (Vuori 2010b). Liikunta vaikuttaa myönteisesti kuormiteissa luissa, joten murtumien ehkäisemiseksi liikunnan tulisi olla monipuolista ja koko luustoa kuormittavaa. Ikääntyneillä liikunnan avulla voidaan ylläpitää ja parantaa luun lujuutta sekä massaa. Tämä on tärkeää luukadon ehkäisemiseksi. Ikääntyneiden liikunnassa on suositeltavaa keskittyä alaraajojen lihasvoimaa ja tasapainoa parantaviin harjoituksiin, koska nämä pienentävät kaatumisriskiä 20–60%. (Kannus 2011, 155.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että liikuntaa harrastavilla ikääntyneillä on enemmän lihasvoimaa verrattuna liikuntaa harrastamattomiin ikääntyneisiin. Säännöllisesti tapahtuvan kuntosaliharjoittelun avulla ikääntyneiden lihasvoimaa voidaan lisätä muutaman kuukauden harjoittelun

avulla jopa 10–30%. Omatoiminen liikkuminen mahdollistuu parantuneen lihasvoiman ansiosta. (Rantanen 2005, 293.) Parantunut lihasvoima ylläpitää näin ollen toimintakykyä, koska omatoiminen liikkuminen on hyvän toimintakyvyn osatekijä.

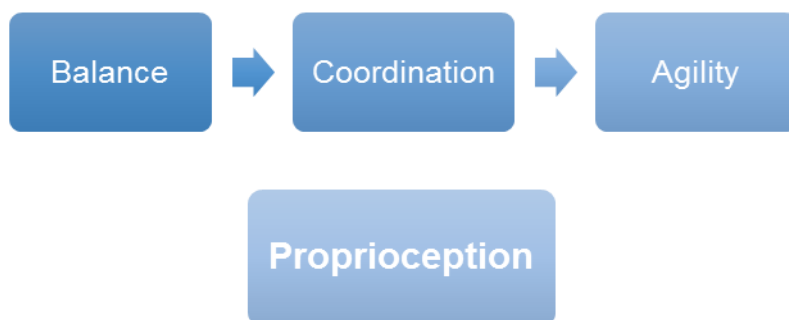
5.3.1 Proprioseptiikka ja tasapaino

Asennonhallinnan sekä tasapainon säilyttämistä ikääntyessä pidetään tärkeänä toimintakyvyn ja terveyden säilymiseksi (Vuori 2011, 102). Tasapainon säilyminen on näin ollen tärkeä tekijä kaatumisten ja niistä aiheutuvien tapaturmien ehkäisemiseksi (Vuori 2010b). Kohdistetuilla liikuntamuodoilla päästään parempiin tuloksiin tasapainon edistämisen kannalta. Myös notkeutta ja liikkuvuutta edistävät harjoitteet ovat eduksi tasapainon kehittämiseksi. (Vuori 2011, 102–103.) Tasapainoharjoittelulla tavoitellaan hermoston, aistien sekä lihasten ja nivelten yhteistoiminnan harjoittamista (Rinne 2010).

Proprioseptiikka, eli asento- ja liikeaisti tarkoittaa kykyä tuntea raajojen ja koko vartalon liikkeet sekä asennot ilman näköaistin avustusta (Terveyskirjasto 2016). Nivelten, ihon, lihasten ja jänteiden reseptorit antavat palautetta proprioseptiikan hermolihaskontrollille. Näillä proprioreseptoreilla on suuri rooli asennonhallinnassa sekä nivelten tiedostamattomien ja tietoisten liikkeiden tuottamisessa ja asennoissa. Hermoärsykkeeseen vastataan tietoisesti tai tiedostamatta sopivalla liikkeellä tai asennolla. Proprioseptorien tuottama hermoärsyke mahdollistaa esimerkiksi sen, että tiedät oman pikkusormesi asennon ilman katsomatta sitä. (Houglum 2010, 256.)

Proprioseptiikka muodostuu kolmesta osa-alueesta; tasapainosta, koordinaatiosta ja ketterydestä. Tasapaino saavutetaan ensimmäiseksi harjoitettaessa proprioseptiikkaa. Tämän jälkeen mahdollistuu koordinaation saavuttaminen ja lopuksi mahdollistuu ketteryden saavuttaminen. Oikeanlainen suoritus vaatii onnistuakseen edellä mainittuja kolmea osa-aluetta jossa proprioseptiikalla on tärkeä rooli. Proprioseptiikka mahdollistaa asennon säilyttämisen ja se on tärkeä tekijä esimerkiksi seisoessa, jolloin asento täytyy säilyttää tasapainon ylläpitä-

miseksi. Myös kirjoittaminen, heittäminen, juokseminen ja muun muassa asennon vaihtaminen vaativat proprioseptiikkaa. Kehon proprioseptiikka mahdollistaa liikkeiden tuottamisen, mutta itse liikkeeseen tarvitaan myös lihasten voimaa, kestävyyttä ja joustavuutta. (Houglum 2010, 256–257, 265.)



Kuva 2. Proprioseptiikan osa-alueet (mukaillen Houglum 2010, 256).

Tasapaino jaetaan kahteen osa-alueeseen: staattiseen ja dynaamiseen tasapainoon. Staattista tasapainoa ovat istuminen ja seisominen paikallaan ja dynaamista tasapainoa ovat liikkeessä tapahtuvat toiminnot kuten juokseminen, kääntyminen ja hyppiminen. Tasapainoharjoittelu tulee aloittaa helpoilla staattisilla harjoitteilla ja henkilön kehityksen mukaan edetä progressiivisesti dynaamisiin harjoitteisiin. Staattisia harjoitteita seisten voivat olla esimerkiksi tandem-seisonta, yhdellä jalalla seisominen ja progressiivisena harjoitteena yhdellä jalalla seisominen epävakaan alustan päällä. Harjoitteisiin saadaan lisää haastetta seisomalla silmät kiinni. Henkilön tulee pystyä seisomaan 30 sekuntia kussakin asennossa silmät auki ennen kuin siirrytään vaikeimpiin harjoitteisiin. Staattisten harjoitteiden onnistuttua voidaan siirtyä dynaamisiin tasapainoharjoitteisiin. Harjoitteet ovat urheilullisia ja ne sisältävät muun muassa juoksemista, hyppimistä, kääntymisiä ja mutkittelua. Hyppimisen voi aloittaa molemmilla jaloilla ja progressiivisena harjoitteena voidaan hyppiä yhdellä jalalla. (Houglum 2010, 265–267.)

Sopivia omatoimisia harjoitteita tasapainon harjoittamiseen kotona ovat esimerkiksi kävely eri suuntiin, kävely varpailla, esteiden yli astuminen, äkkikäännökset, kävely viivaa pitkin eteen ja taakse ja erilaisilla alustoilla sekä seisten otettavat

sivuaskeleet (Vuori 2011, 103). Harjoitteiden aikana tulee tarkkailla väsymisen merkkejä, koska harjoitteiden suorittaminen väsyneenä on haastavampaa (Houglum 2010, 265–267).

Caban-Martinez ym. 2015 tutkivat vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia kaatumisten ehkäisyssä 45–54, 55–64 ja 75–84-vuotiailla. Tutkimusmateriaalina käytettiin U.S. Behavioral Risk Factor Surveillance Survey 2010 kyselytuloksia, jossa kysyttiin muun muassa vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden harrastamista (Leisure time physical activity, LTPA) ja kaatumisia viimeisen kolmen kuukauden ajalta sekä niistä aiheutunutta vammaa. Vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden vaikutukset näkyivät selvästi, kun verrattiin kaatumisten määriä saman ikäluokan välillä, jossa oli vapaa-ajallaan fyysisesti inaktiivisia ja aktiivisia henkilöitä. Vastausten perusteella vapaa-ajan fyysisellä aktiivisuudella 45–54-vuotiailla oli suurin vaikutus kaatumisten ehkäisyssä. Tulosten perusteella on selvää, että vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on selvä yhteys kaatumisten ehkäisyssä ikäluokasta riippumatta. Parhaiten kaatumisia voidaan ehkäistä työikäisillä, mutta vielä eläkeiässä ja sitä vanhemmilla henkilöillä fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi kaatumisia ja niistä aiheutuvia vammoja. Kaatumisten ennaltaehkäisy jo ennen eläkeikää on tärkeää.

Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan, jossa käytiin systemaattisesti läpi 23 tutkimusta liittyen kaatumisten ehkäisyyn fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä ikääntyneillä, osoittavat fyysisen aktiivisuuden parantavan lihasvoimia, kestävyyttä ja tasapainoa. Suurimpia tekijöitä kaatumisille ovat katsauksen mukaan olleet heikot lihasvoimat, inaktiivisuus ja huono tasapaino. (Ferreira, Sherrington, Smith, Carswell, Bell, R., Bell, M., Nascimento, Pereira & Vardon 2012.)

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Opinnäytetyöprojekti käynnistyi helmikuussa 2015, jolloin idea opinnäytetyön aiheesta syntyi. Koko opinnäytetyöprosessin eteneminen esitellään liitteessä 1. Aloitimme harjoittelun Voimalassa ja tarve hiljattain eläköityneiden ryhmätarpeesta oli juuri noussut esille. Saimme projektin suunnittelun ja toteutuksen vastuullemme vastuuopiskelijoiden roolissa ja päätimme toteuttaa tästä aiheesta opinnäytetyön. Pilottiryhmän nopean alkamisen vuoksi päätimme, että opinnäytetyönä tullaan toteuttamaan ryhmätoimintamalli kehittämistyönä pilottiryhmän ja siitä saadun palautteen pohjalta. Maaliskuun alussa aloitimme pilottiryhmän markkinoinnin suunnittelun sekä loimme siihen liittyvän mainoksen (liite 2). Mainoksessa tuli ilmetä oleelliset ennakkotiedot ryhmästä, kuten lyhyt kuvaus toiminnasta, tapaamiskerrat ajankohtineen ja sisältöineen sekä yhteystiedot lisätietoja ja ilmoittautumista varten.

Mainosta jaettiin sähköpostitse Voimalan yhteistyökumppaneille, sekä fyysisiä mainoksia veimme kauppojen ja kirjastojen ilmoitustauluille. Toiminnan sisältö suunniteltiin moniammatillisesti yhdessä sairaanhoitajaopiskelijoiden kanssa. Ryhmä täyttyi nopeasti Karelia-ammattikorkeakoulun entisestä henkilökunnasta ja pilottiryhmä alkoi huhtikuun alkupuolella. Ryhmään päätettiin valita kahdeksan (8) henkilöä, koska ohjaajien määrä oli rajoitettu ja ryhmässä haluttiin keskittyä myös yksilön huomioimiseen.

Riittäväksi ryhmätoiminnan kestoksi päätimme valita kolme (3) tuntia kertaa kohden. Kerta piti sisällään teoriaosuuden, jossa pohjustettiin loppupäivän käytännönosuuksia sekä toiminnallisen käytännönosuuksia, joka sisälsi aktiivista toimintaa teorian tietoon perustuen. Päivän aikana oli 15 minuutin kahvitauko ja toiminta sijoittui ajalle klo 9–10. Ennen ryhmätoiminnan alkamista tehtiin alkuvalmisteluja. Pilottiryhmän ohjaajien kanssa pidettiin maaliskuussa ja huhtikuussa 2015 useita palaverieita, joissa sovittiin tehtävänjako ja kunkin ohjaajan rooli ryhmätoiminnan tuottamisessa. Meidän roolimme oli toimia koko ryhmän ajan vastuuhjaajina.

Olimme paikalla jokaisella ryhmäkerralla, mutta kullekin ryhmäkerralle oli määritetty omat ohjaajat, joiden tuli huolehtia toteutuksen ohjaamisesta. Joillakin kerroilla meidän vastuuhjaajina täytyi siirtyä ohjaajan rooliin toteutuksessa.

Ryhmä käynnistyi sovitusti huhtikuussa 16.4. Ryhmäkertoja oli kevään 2015 aikana viisi (5), joissa jokaisella kerralla oli oma teemansa. Ryhmäkertojen teemoiksi valittiin tutustuminen, terveyden edistäminen, mielen hyvinvointi, kuntosalitutki ja ”luokkaretki” ja loppuyhteenveto. Teemat valittiin tukemaan hiljattain eläköityneiden toimintakykyä ja aktiivista ikääntymistä. Sisältö suunniteltiin näiden käsitteiden mukaiseksi. Ryhmien kertakohtaiset ohjaajat vaihtuivat, mutta jokaisella kerralla oli mukana yksi vastuuhjaajista, joka oli mukana myös ensimmäisellä tapaamiskerralla.

Ryhmätoiminnan sujumista arvioitiin jokaisen ryhmäkerran jälkeen ohjaajien kesken. He kirjoittivat lyhyen kuvauksen toiminnasta sekä sen sujumisesta ja mahdollisista ryhmäläisten kommentteista. Ryhmäläisten lopullinen palautteen antaminen tapahtui viimeisellä kerralla, jolloin he täyttivät kirjallisen palautelomakkeen (liite 5) sekä antoivat lisäksi suullista palautetta, joka on koottu liitteeseen 6. Saatu palaute dokumentoitiin ja sen avulla kehitystyötä lähdettiin suunnittelemaan. Kehitettäviksi asioiksi nousivat ryhmäläisten palautteista ryhmäkertojen lisääminen, vastuupettajan esittäytyminen ryhmän alussa sekä ohjaajien pysyvyys ja heidän sitoutuneisuus toimintaan.

6.2 Kehittämistyö

Opinnäytetyömme pohjautuu ryhmätoimintamallin luomiseen, jota kehitimme aikaisemmin suunnitellun ja toteutetun pilottiryhmän pohjalta. Ryhmäkertojen sujuvuuteen ja toiminnan sisältöön saimme kehitysideoita omien ohjauskokemusten, havainnoinnin sekä ryhmäläisten palautteen pohjalta. Myös työryhmän antama palaute vaikutti ryhmätoimintamallin lopputulokseen.

Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jolla pyritään saavuttamaan selkeästi määritetty tavoite. Kehittämisellä tähdätään muutokseen, jolla pyritään paranta-

maan aikaisempia rakenteita ja toimintatapoja entistä tehokkaammaksi sekä toimivammaksi. (Toikko & Rantanen 2009, 14,16.) Tutkimustulosten pohjalta luodaan edellistä parempia tai kokonaan uusia palveluja, tuotantomenetelmiä tai tuotantovälineitä. Kehittämistoiminta-käsitettä voidaan pitää synonyyminä kehittämistyölle. Kehitys ja kehittyminen ovat yksilöiden, toimintojen, ilmiöiden ja asioiden muutoksia. Ne eivät välttämättä ole seurausta aktiivisesta toiminnasta, vaan se voi olla myös seurauksena sattumasta. (Heikkilä, Jokela & Nurminen 2008, 21.)

Tyypillisesti kehitystoiminta rakentuu usean eri toimijan aktiivisen osallistumisen sekä sitoutumisen varassa, vaikka heidän intressit olisivatkin erilaisia. Tasavertaisen ja aidon toiminnan edellytyksenä on, että erilaiset näkemykset hyväksytään. Siksi kehittämisessä tulisi muodostaa yhteistä ymmärrystä sekä sovittaa näkemyksiä. (Atjonen 2007, 116–117.) Asiakastyössä hyödynnetään parhainta mahdollista näyttöä ratkaisua tehtäessä ja perehdytään tietoon, joka on käytettävissä. Näyttöä käytetään kriittisesti siten, että tiedon laatu tulee arvioiduksi ja sitä sovelletaan konkreettisesti tilanteen tai asiakkaan mukaan. (Korteniemi & Borg 2008, 9.)

Projekti (hanke, suunnitelma, ehdotus) on aikataulutettu, tarkkaan etukäteen suunniteltu työskentelyrupeama, jolla pyritään saavuttamaan sovittu päämäärä. Projektin toteuttamista varten perustetaan organisaatio, joka vastaa kyseisestä tehtävästä. Pyrkimyksenä on päästä suunnitelmallisesti päämäärään siten, että hankkeessa on alku, toteuttajat ja suunnitelma. Projektin tulisi myös päättyä sovitulla tavalla ja aikataululla. Keskeistä projektissa on, että sillä pyritään löytämään erilaisiin toiminnoissa oleviin ongelmiin selvyys, ja rakentamaan tuotteita, toimintamalleja tai muita ratkaisuja. (Heikkilä ym. 2008, 25–26.)

6.3 Ryhmätoimintamallin kehittäminen

6.3.1 Aloitus- ja suunnitteluvaihe

Aloitusvaihe on idea hankkeesta ja se linjaa toiminnan suunnan. Se sisältää kehittämistarpeen sekä alustavan kehittämistehtävän, ajatuksen mukana olevista toimijoista ja heidän sitoutumisensa ja osallistumisensa työskentelyyn sekä toimintaympäristön. Suunnitteluvaihe tulee aloitusvaiheen jälkeen ja toiminnasta tehdään kirjallinen suunnitelma. Kuitenkaan tässä vaiheessa ei vielä ole tarkkaa suunnitelman kuvausta toiminnasta. Suunnitteluvaiheen jälkeen siirrytään kentälle, jolloin on käynnistysvaihe. (Salonen 2013, 17.)

Ryhmätoimintamallin suunnittelu aloitettiin jo keväällä 2015 pilottiryhmän päättyessä. Kesä-heinäkuun aikana kävimme läpi aineistoa opinnäytetyötä varten. Syksyllä 2015 kirjoitimme opinnäytetyön teoriaperustaa. Suunnitelmissa oli toteuttaa ryhmätoiminta marras-joulukuussa, mutta vähäisen osallistujamäärän vuoksi ryhmän aloitusajankohta siirrettiin helmikuulle 2016. Myös kevään ryhmätoiminta oli tarkoitus toteuttaa moniammatillisesti. Uutta mainosta helmikuussa alkavasta ryhmästä jaettiin sähköpostilla eri tahoille Joensuun ympäristössä, sekä mainosten paperiversioita (liite 3) esimerkiksi seurakuntien, kirjastojen ja kauppojen ilmoitustauluille. Ryhmä saatiin täytettyä joulukuun 2015 aikana ja kuten myös pilottiryhmässä, ryhmäkooksi valittiin kahdeksan (8) henkilöä. Pilottiryhmän palautteen pohjalta kevään 2016 ryhmäkertojen määrää päätettiin nostaa kuuteen (6) kertaan. Ryhmäkertojen alussa pidettävästä tietoisuudesta ryhmäläiset eivät saaneet pilottiryhmässä kotiin vietävää materiaalia ja palautteen perusteella sitä toivottiin. Kevään 2016 ryhmää kehittäessä päätimme, että tietoisuista jaetaan ryhmäläisille yhteenvedot kotiin vietäväksi.

Suunnitteluvaiheen aikana ideoitiin ryhmäkertojen sisältöjä yhdessä ryhmään osallistuvien ohjaajien kanssa. Tapaamisia ohjaajien kanssa oli useita ja ideointia kehittämistehtävistä pilotin pohjalta pohdittiin tarkasti. Ryhmätoimintamallista ha-

luttiin suunnitella toimiva kokonaisuus. Suunnitteluvaiheessa yhteydenpito ohjaajien kanssa tapahtui sähköpostitse sekä viestien välityksellä. Tiedonkulku oli sujuvaa ja kaikki saivat tuoda omia ajatuksiaan sekä ideoitaan esille.

6.3.2 Käynnistys- ja toteutusvaihe

Käynnistysvaiheeseen kuuluu toiminnan osa-alueiden työnjako, jossa jaetaan eri ryhmien vastuualueet. Käynnistysvaiheessa päätetään eri tehtävistä vastaavat henkilöt. Vastuuohjaajat johtavat kehitystoiminnan etenemistä sekä vastaavat ryhmää koskevista päätöksistä. Käynnistämismuutoksen vaiheessa kannattaa pitää palaveri toimintaan osallistuvien henkilöiden kanssa, jotta kaikki ovat tietoisia ryhmätoiminnan periaatteista ja mitä on tarkoitus tehdä. (Heikkilä ym. 2008, 91–92.)

Työnjako tehtävistä ja vastuualueista suoritettiin ryhmään osallistuvien ohjaajien kanssa erillisessä palaverissa marraskuussa 2015. Sovimme, että meillä on lopullinen päävastuu ryhmäkertojen teemojen määrittämisestä. Tarkempi teemamukainen sisällön suunnittelu oli kunkin ryhmäkerran vastuuohjaajien tehtävänä. Heidän vastuullaan oli myös ryhmätoiminnan läpi vieminen. Suunnitteluvaiheessa hoidimme myös muita käytännönasioita, kuten tilojen varauksen. Halusimme hyödyntää eri tiloja, kuten kuntosalia ja peilisalia, joten varaukset täytyi tehdä hyvissä ajoin.

Toteutusvaiheessa tapahtuu kehittämistoiminnan työskentelyvaihe, jossa tehtyjä suunnitelmia aletaan toteuttaa käytännössä. Toiminnan aikana tulee muistaa tavoitteet, joihin ryhmätoiminnan avulla halutaan saavuttaa. Osapuolten välisestä tiedonkulusta tulee huolehtia kehittämistoiminnan aikana. Toteutus tulee myös dokumentoida ja organisoida huolella. Toteuttajat tulee saada sitoutettua toimintaan mukaan. Toteutusvaiheessa toiminta on tavoitteellista ja tällöin työskentelyään järjestelmällisesti. (Heikkilä ym. 2008, 99.)

Elämäniloa eläkkeellä- ryhmätoiminnan toteutusvaihe alkoi helmikuun alussa 2016 ja ennen toiminnan alkamista oli tapaaminen vielä ohjaajien kanssa. Kävimme läpi suunnitelmat ja tehtävänjaon. Toteutus tapahtui Karelia-ammattikorkeakoulun tiloissa ja ohjaajina toimivat sairaanhoitaja fysioterapeuttiopiskelijat.

Meidän tehtävämme oli käynnistää toiminta ja olla mukana kehittämässä ryhmätoimintamallia, mutta itse toteutus oli Elämäniloa eläkkeellä-ohjaajien vastuulla. Toiminta dokumentoitiin Voimalan Moodle-alustalle, josta toiminnan sisällön pystyi lukemaan.

Esitietolomake täytätettiin ensimmäisellä ryhmäkerralla (liite 4). Esitietolomakkeessa kysytään ryhmän toteuttamisen kannalta oleelliset asiat, kuten esimerkiksi sairaudet, jotta ohjaajat osaavat huomioida ryhmäläisten yksilölliset tarpeet. Lomakkeessa kartoitetaan myös ryhmäläisten suhtautuminen omaan eläköitymiseensä.

6.3.3 Päättämisvaihe ja toiminnanarviointi

Päättämisvaihe on tärkeä osa kehittämistyötä. Siihen kuuluvat oleellisina osina kehittämistyön tuotoksen arviointi, dokumentointi ja lopullisen raportin kirjoittaminen. Lopullinen tuotos luovutetaan toimeksiantajalle. Viimeistelyyn tulee varata riittävästi aikaa päättämisvaiheessa, jotta vältytään kiireeltä. Kehittämisprosessin aikana ilmenneiden ongelmien ratkaisemiseksi on tärkeää kerätä ryhmäläisten kokemuksia, joiden avulla voidaan esittää parannus- ja jatkokehittämisehdotuksia. Ehdotuksia voidaan hyödyntää mahdollisissa muissa kehittämishankkeissa. (Heikkilä ym. 2008, 121–122.)

Ryhmänohjaajat keräsivät viimeisellä kerralla kirjallisen palautteen Elämäniloa eläkkeellä-ryhmän toiminnasta. Saatu palaute oli pääosin positiivista, mutta muutamia kehittämisideoita nousi esille. Palautekyselyssä kysyttiin esimerkiksi mitä mieltä ryhmäläiset olivat teemojen aiheista ja toiminnan sisällöstä. Palautekyselynä toimi pilottityhmässä käytetty kyselylomake. Ryhmäläisten palaute on esitelty tarkemmin liitteessä 7. Teemat tukivat heidän mielestään heidän omaa aktiivista ikääntymistään ja toimintakyvyn kehittämistä. Yhdessä tekeminen, ohjaajien pätevyys ja hyvä organisointi nousivat myös toimiviksi asioiksi palautteista. Ryhmästä muodostui tiivis porukka kertojen aikana. Kehittämistyötä koskevat asiat jäävät seuraavien opiskelijoiden vastuulle.

Toiminnan arviointi ryhmäkertojen aikana oli ohjaajien vastuulla. Ryhmän loputtua kävimme vielä kaikkien Elämäniloa eläkkeellä ohjaajien kanssa yhteisen keskustelun, jossa he saivat antaa palautetta meille. Ryhmä koettiin toimivaksi ja teemoihin oli helppo tuottaa perusteltua toimintaa sekä myös varatut tilat sopivat hyvin jokaiselle kerralle. Toiminta oli kaikin puolin sujuvaa, koska ohjaajat olivat sitoutuneita ja motivoituneita ryhmän toteutukseen sekä luovaan toiminnan tuottamiseen. Raportin viimeistelyvaihe ajoittui suurimmaksi osaksi huhtikuulle 2016, jolloin kirjoitimme opinnäytetyön pohdintaosioita ja viimeistelimme tiivistelmän. Opinnäytetyö esitellään suunnitellusti opinnäytetyöseminaarissa toukokuussa 2016.

Elämäniloa eläkkeellä–ryhmätoiminnanmalli jää toimeksiantajamme käyttöön ja tarkoitus olisi, että Voimalan opiskelijat jatkaisivat ja kehittäisivät ryhmän toimintaa jatkossa. Palautteen kerääminen ohjaajilta sekä ryhmäläisiltä on tärkeää, jotta toimintaa voidaan jatkossakin kehittää parempaan suuntaan. Opiskelijoiden ja ohjaavien opettajien välisen tiedonkulun sujuvuuteen täytyy panostaa, että toiminta pysyy paremmin organisoituna, jotta kaikki osallistuvat tahot pysyisivät ajan tasalla toiminnan kulusta. Ryhmää varten tehdyt mainokset, alkuhaastattelu- ja palauteomakkeet, ryhmäkertojen sisällöt ja palautteet ovat tallennettu Voimalan Moodle-alustalle, josta ne ovat kaikkien Voimalaopiskelijoiden luettavissa.

7 Ryhmätoiminnan malli

Elämäniloa eläkkeellä–ryhmätoiminnan mallin suunnittelussa tarkoituksena oli luoda valmiit teemat (kuva 3) jokaiselle kerralle, jonka tarkemman sisällön suunnittelun tuottavat ryhmän ohjaajat. Ryhmätoiminta sisältää kuusi (6) tapaamiskertaa kuuden (6) viikon jaksolla. Ryhmätoimintapäiviä on kerran (1) viikossa ja toiminnan kesto on kolme (3) tuntia. Ryhmän etuina ovat sen tuoma vertaistuki ryhmäläisille, moniammatillisuus sekä ryhmän maksuttomuus ja jatkokehitettävyyys. Moniammatillisuudella saadaan eri näkökulmia ryhmäkertojen teemoihin. Ryhmätoiminnan malli esitellään kuvassa 3.



Kuva 3. Elämäniloa eläkkeellä-ryhmätoiminta tv.

Ryhmäkertojen teemoihin on mallissa annettu viitekehykset toiminnan sisällöstä. Koko ryhmätoiminnan käynnistämisestä huolehtivat vastuuposkelijat, jotka hoi-tavat ryhmän kokoamisen. Vastuuposkelijat sekä moniammatillinen työryhmä koostuvat Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palvelukeskus Voimalan opiskelijoista. Ohjaajia tulee olla vähintään kaksi (2) ja heidän tulee olla eri aloilta, jotta toiminnan ohjaaminen on moniammatillista. Opiskelijat huolehtivat ryhmän reflektomisesta ja dokumentoivat asiat siten, että tulevat opiskelijat voivat hyödyntää niitä jatkokehitystyössä. Ryhmätoiminnan alussa pidettävästä tietoiskusta ryhmäläiset saavat kotiin vietäväksi omat kappaleensa. Viimeisellä kerralla jaettavat diplomit ovat muisto ryhmästä. Diploma voi olla esimerkiksi itse askarreltu ruusuke tai leikkimielinen todistus ryhmään osallistumisesta.

8 Pohdinta

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Fysioterapeutin ammattikuvaan kuuluu laillistettuna ammattihenkilönä terveyden, toiminta- ja työkyvyn, liikkumisen edistäminen sekä ylläpitäminen. Fysioterapeutti tietää terveydenhuollon arvopohjan sekä yhteiset periaatteet ja tavoitteet, joiden mukaan tulee toimia. Fysioterapeutti toimii asiakkaan kanssa yhteistyössä. Hän tukee samalla muiden asianosaisten osallistumista asiakkaan kuntoutukseen. Fysioterapeutin ammattietiikkaan kuuluu ammatillisen tiedon ja osaamisen sekä elämäkokemuksen ja arvojen sisäistäminen. Fysioterapeutti pystyy edellä mainittujen asioiden avulla tekemään eettisiä pohdintoja ja päätöksiä sekä hän pystyy kriittisesti arvioimaan omaa toimintaansa. Eettiset ohjeet Suomen Fysioterapeuteille on laadittu kansallisiin tarpeisiin ja ne perustuvat fysioterapeuttien maailmanjärjestön eli WCPT:n eettisiin ohjeistuksiin. (Kulju, Lähteenmäki, Mesiäinen, Myyryläinen & Rautonen 2014, 2.)

Fysioterapeutin tulee kunnioittaa asiakkaan elämää, itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. Fysioterapeutin tulee toimia luottamuksellisesti tehtävässään ja kohdata jokainen asiakas tasavertaisena katsomatta ikään, sukupuoleen uskontoon, rotuun, kansallisuuteen, ihonväriin, seksuaalisuuteen, etniseen taustaan, toimintakykyyn, terveydentilaan tai poliittiseen kantaan. Fysioterapeutilla on velvollisuus kertoa mahdolliset toiminnan riskit ja odotetut vaikutukset sekä kertoa, että asiakkaalla on oikeus kieltäytyä ehdotetuista toimista ja hoidoista. Jos asiakas ei ole kykenevä tekemään omia päätöksiään, fysioterapeutilla on velvollisuus tehdä yhteistyötä asiakkaan läheisten kanssa. (Kulju ym. 2014, 3.)

Elämäniloa eläkkeellä-ryhmän kanssa noudatimme eettisiä ohjeita fysioterapeuteille. Jokainen osallistuja oli samanarvoinen ja kaikkia ryhmäläisiä sekä ohjaajia kohdeltiin samalla tavalla. Ryhmäläisiä ei eroteltu toimintakyvyn tai sairauksien mukaan. Ryhmän alussa heille kerrottiin, että toiminta on vapaaehtoista ja he voivat itse päättää osallistumisestaan toimintaan. Saimme rakennettua luottamuksuhteen ryhmäläisten kanssa, sillä he jakoivat kanssamme omia henkilökohtaisia asioitaan.

Eettiseen toimintaan kuuluu myös, että fysioterapeutti sitoutuu työssään laadukkaaseen toimintaan ja toimii oikeudenmukaisesti, asiantuntevasti ja rehellisesti. Asiakastietoja ei saa paljastaa kolmannelle osapuolelle ilman asiakkaan suostumusta, fysioterapeutin tulee tunnistaa myös osaamisensa rajat. (Kulju ym. 2014, 5.) Ryhmäläisten esitietolomakkeet, jotka sisälsivät henkilökohtaista tietoa, pidettiin lukitussa kaapissa ja niitä ei luovutettu kolmannelle osapuolelle. Lomakkeet olivat vain ryhmän ohjaajien nähtävissä. Toiminta oli oikeudenmukaista ajatellen ryhmäläisiä, ketään ei suosittu tai asetettu erikoisasemaan.

Opinnäytetyön aiheen löytyessä, aihetta joutuu useimmiten rajaamaan. Ajatus on tarkennettava, että mitä haluaa tietää ja mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla. Aineistoa kerätessä tulee muistaa lähdekritiikki. Kirjallisuuden valinnoissa tulee käyttää harkintaa niitä tulkitessaan. Lähdekritiikissä kuuluu huomioida kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä, totuudellisuus ja puolueettomuus sekä lähteen uskottavuus ja julkaisijan arvovalta ja vastuu. Tuoreimman lähteen käyttämiseen tulisi pyrkiä, koska tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uusi tutkimustieto kumoaa vanhan tiedon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 81, 113–114.) Opinnäytetyössämme käytettyjen lähteiden luotettavuutta on tarkasteltu kriittisesti. Mahdollisuuksien ja saatavuuden mukaan opinnäytetyössämme on pyritty käyttämään uusinta tietoa. Kaikista tutkimuksista ei ollut saatavilla koko tekstiä, vaan ilmaiseksi pystyi tarkastelemaan ainoastaan lyhennelmää.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tarkat lähdeviittaukset. Plagioinnilla eli tieteellisellä varkaudella tarkoitetaan toisen tekijän sanamuodon, ideoiden ja tutkimustulosten esittäminen omana tietonaan. Tiedon luvaton lainaaminen voi esiintyä lähdeviitteiden ja lähdemerkintöjen puuttumisena. Plagiointi on aina tuomittavaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 122.) Opinnäytetyössämme lähdeviitteet on merkitty tarkasti kappaleiden perään sekä lähdeluetteloon. Pyrimme etsimään ensisijaiset lähteet ja välttämään toissijaisten lähteiden käyttöä luotettavuuden parantamiseksi.

8.2 Toiminnan tarkastelu

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää ryhmätoimintamalli pilottiryhmän pohjalta toimeksiantajan käyttöön. Ryhmä koostui hiljattain eläkkeelle jääneistä naisista. Miehiä ei ilmoittautunut toimintaan mukaan. Ryhmätoiminnan avulla haluttiin tuoda ryhmäläisille tietoa ja valmiuksia oman toimintakyvyn kehittämiseen ja oman terveyden omaseurantaan. Tilastokeskuksen (2014) mukaan yli 65 vuotiaiden henkilöiden määrän on arvioitu lisääntyvät suuresti tulevien vuosien aikana, joten hiljattain eläköityneille henkiköille suunnatulle ryhmätoiminnalle on tarvetta.

Toiminta käynnistyi jo keväällä 2015, jolloin opinnäytetyön aihe keksittiin. Pilotin suunnitteluun, markkinointiin ja toteutukseen ei ollut paljoa aikaa ja kaiken täytyi tapahtua nopealla aikavälillä. Jos tieto pilotista olisi tullut aiemmin, myös suunnittelulle olisi jäänyt enemmän aikaa. Myös henkilökunnan käynnissä olleet lomat harjoittelumme alkuvaiheessa vaikeuttivat toiminnan suunnittelun käynnistämistä. Pilotin aikana moniammatillinen yhteistyö ja vastuopiskelijoiden roolissa toimiminen oli haastavaa. Kaikki ohjaajat eivät olleet yhtä sitoutuneita toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen, joka näkyi itse toteutuksessa ja ryhmäläisten antamassa palautteessa. Vastuopiskelijoiden antamia ohjeistuksia, kuten esimerkiksi aikataulutusta toteutuksen suhteen ei noudatettu. Pilotti saatiin kaikesta huolimatta toteutettua kevään 2015 aikana ja ryhmäläisten antama palaute oli pääosin positiivista. Pilotin palaute on esitelty tarkemmin liitteessä 6. Kartoitimme pilotin päättymisen jälkeen tärkeimmät kehityskohteet tulevan ryhmän suhteen ja päätimme siirtää tarkemman pohdinnan syksyille tulevien vastuuohjaajien kanssa moniammatillisesti tehtäväksi.

Kehittämistyöhön oli varattu runsaasti aikaa syksyille 2015. Suunnittelun kanssa ei tullut kiire, mutta ryhmäläisten kokoon saamiseen olisi pitänyt varata enemmän aikaa. Mainos saatiin levitykseen vasta sitten, kun Karelia-ammattikorkeakoulun graafikko oli hyväksynyt ulkoasun kriteerien mukaiseksi. Hyväksyttäminen vei aikaa odotettua enemmän, johon emme osanneet varautua. Ryhmän vastuuohjaa-

jat saatiin ajoissa selville ja ryhmätoiminnan suunnittelu sujui hyvässä moniammatillisessa yhteishengessä. Ohjaajat olivat hyvin sitoutuneita toimintaan ja yhteistyö eteni mutkattomasti ja määrätietoisesti.

Ryhmään saatiin kahdeksan (8) ilmoittautunutta, mutta helmikuussa 2016 ensimmäisellä ryhmäkerralla aloittajia oli vain viisi (5). Tämän ei koettu kumminkaan vaikuttavan ryhmätoiminnan kulkuun tai toteutukseen. Emme voineet omalla toiminnallamme vaikuttaa ryhmän lopulliseen osallistujamäärään. Soitimme pois jääneille ryhmäläisille, mutta he eivät henkilökohtaisten syiden vuoksi voineetkaan aloittaa ryhmässä.

Alussa moniammatillisuuden hyödyntäminen oli vaikeaa, koska moniammatillinen ajattelutapa tuntui olevan hieman uusi asia koko oppimisympäristössä. Pelkästään fysioterapeuttisen näkökulman käyttäminen ei ole moniammatillista toimintaa, vaan se vaatii myös muiden alojen opiskelijoiden näkökulmia. Alussa fysioterapeuttisen näkökulman säilyttäminen tuntuikin haasteelliselta, koska siihen yhdistettiin muiden opiskelijoiden moniammatilliset näkökulmat. Tästä syystä tuntuikin, että emme saisi tuotua tarpeeksi fysioterapeuttista näkökulmaamme esille, joka kuitenkin oli päällimmäinen tarkoitus.

Opinnäytetyöprosessille ja pilottiryhmälle määritimme heti alussa selkeät fysioterapeuttiset tavoitteet, jotka näkyivät myös kehittämistyönä tehdyssä ryhmässä. Toimme alkuun pilotin suunnittelussa hyvin paljon fysioterapeuttista näkökulmaamme esille, joten muiden alojen opiskelijoiden näkökulmat meinasivat jäädä vähemmälle huomiolle. Lähtiessämme tekemään kehittämistyötä, halusimme heti pyrkiä toimivaan moniammatilliseen yhteistyöhön.

8.3 Oma ammatillinen oppiminen

Opinnäytetyöprosessi opetti meille paljon. Perehdyimme syvällisemmin toimintakykyyn vaikuttaviin tekijöihin ikääntyessä sekä perehdyimme itse opinnäytetyöprosessin vaiheisiin. Valitsimme opinnäytetyön toteutustavaksi toiminnallisen opinnäytetyön, joten perehdyimme myös alussa toiminnallisen opinnäytetyön vaiheisiin ja toteutustapaan. Opinnäytetyöprosessissamme opimme, millaista on

moniammatillinen toiminta, kehittämistyö sekä projektityöskentely. Opimme, että moniammatillisuus oli tärkeä osa Elämäniloa eläkkeellä-ryhmätoimintaa, koska ryhmäläiset pystyttiin huomioimaan kokonaisvaltaisemmin. Moniammatillinen toiminta, kuten ryhmätyöskentely yleensäkin, vaatii toimiakseen kaikkien osapuolten sitoutumisen toteutukseen.

Aikataulutusta tulisi suunnitella selkeästi ja siitä tulisi pitää kiinni, jotta opinnäytetyö etenisi määrätietoisemmin. Huomasimme, että aikataulun suunnitteluun olisi voinut varata enemmän aikaa, koska yllättävät ulkoiset, meistä riippumattomat tekijät saattavat hidastaa aikataulussa pysymistä. Kehittämistyön aikana opimme hyödyntämään omaa ammatillista osaamistamme toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Vastuuhenkilöinä toimiminen opetti kärsivällisyyttä, suunnitelmallisuutta, paineensietokykyä sekä se toi meille myös itsevarmuutta toimia johto- ja ohjaustehtävissä. Onnistuimme ottamaan roolia ryhmän suunnittelussa sekä ryhmänohjauksessa. Huomasimme, että aito läsnäolo ja hyvän vuorovaikutussuhteen saaminen auttoivat luomaan molemminpuolisen luottamussuhteen ohjaajien ja ryhmäläisten välille. Vastuuhjaajina saimme myös luotua luottamussuhteen ryhmätoimintaan osallistuvien ohjaajien kanssa ja jokainen kunnioitti toisen mielipidettä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli ajoittain haastava. Opimme hyödyntämään omaa oppimaamme ja siirtämään teorial tietoa käytännön toteutukseen. Prosessin aikana opimme kyseenalaistamaan omaa tekemistämme ja raporttiin valitsemiamme lähteiden luotettavuutta. Tarkastelimme paljon kirjoittamamme raportin sujuvuutta ja kappaleiden järjestystä, koska halusimme että asiat esitetään raportissa loogisessa järjestyksessä. Aiheen jäsentäminen eri otsikoiden alle tuotti osaltaan haasteita, koska toimintakyky on laaja käsite, jota täytyy tarkastella monesta eri näkökulmasta. Opimme tiivistämään ja rajaamaan aiheita. Viimeistelyyn täytyy jättää aikaa, sillä korjausta vaativia kohtia ilmenee aina raporttia uudelleen tarkasteltaessa.

8.4 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyön kehitysvaiheessa sekä ryhmätoiminnan päätyttyä mieleemme nousi muutamia jatkokehittämisehdotuksia. Ryhmätoimintamallista voisi kehittää sellaisen sapluunan, jotta sitä pystyisi hyödyntämään myös muissa kaupungeissa Voimalaa vastaavissa toimintaympäristöissä. Mikäli Elämäniloa eläkkeellä-ryhmätoiminta vakiintuisi osaksi Voimalan toimintaa, voisi ryhmäsisältöä kehittää sen verran, että ne sisältäisivät myös ryhmäläisten toimintakyvyn testauksia ja mahdollisuuksien mukaan tulevaisuudessa kontrollikäynnin toimintakyvyn muutosten seuraamiseksi. Myös omakohtaisen toimintakyvyn seuranta- ja testausvälineitä voisi koota yhteen ja jakaa ryhmäläisille ryhmän päätyttyä.

Ryhmäkertojen voisi mahdollisuuksien mukaan toteuttaa pitemmällä aikavälillä, jos alussa tehdään alkumittauksia ja toimintakyvyn testauksia. Lyhyellä aikavälillä ei ehdi tapahtumaan merkittäviä muutoksia toimintakyvyssä, mutta jos toiminta olisi jaksettu esimerkiksi neljän tai viiden kuukauden aikajaksolle, toimintakyvyssä olisi voinut tapahtua kehitystä jollakin osa-alueella.

Lähteet

- Aaltonen, S., Leskinen, T., Morris, T., Alen, M., Kaprio, J., Liukkonen, J. & Ku-
jala, U. M. 2012. Motives for and barriers to physical activity in twin
pairs discordant for leisure time physical activity for 30 years. *Interna-
tional Journal of Sports Medicine* 33, 157, 161.
- Aro, A. 2013a. Antioksidantit. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00037. 9.12.2015.
- Aro, A. 2013b. Proteiinit ja aminohapot. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00015. 9.12.2015.
- Arokoski, J. P. A., Lammi, M. J., Hyttinen, M. M., Kiviranta, I., Parkkinen, J. J.,
Jurvelin, J. S., Tammi, M. I. & Helminen, H. J. 2001. Nivelrikon
etiopatogeneesi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero.jsessionid=C03C1C6804FF1A539DFDE3DEE253CF56?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92430. 11.12.2015.
- Arokoski, J. 2012. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00064> 23.11.2015.
- Arola-Talve, S. 2007. Akuutti disseminoitunut enkefalomyeliitti (ADEM).
<http://www.neuroliitto.fi/adem>. 11.12.2015.
- Atjonen, P. 2007. Hyvä, paha arviointi. Helsinki: Tammi.
- Bweir, S., Al-Jarrah, M., Almalaty, A-M., Maayah, M., Smirnova, I. V., Novikova,
L. & Stehno-Bittel, L. 2009. Resistance exercise training lowers
HbA1c more than aerobic training in adults with type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome*. 1:27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800839/>. 14.11.2015.
- Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mieli-
alaan ja toimintakykyyn. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/backmand/fyysisen.pdf>.
14.11.2015.
- Caban-Martinez, A. J., Courtney, T. K., Chang W-R., Lombardi D. A., Huang, Y-
H., Brennan, M. J., Perry, M. J., Katz, J. N., Christiani, D. C. &
Verma, S. K. 2015. Leisure-Time Physical Activity, Falls, and Fall In-
juries in Middle-Aged Adults. *American Journal Of Preventive Medi-
cine*. (49) 6, 888–901. [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00264-0/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00264-0/fulltext). 14.12.2015.
- Chodzko-Zajko, W. J. 2014. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *The Academy Papers* (3) 1, 101–106. http://journals.humankinetics.com/kr-back-issues/kr-volume-3-issue-1-february/exercise-and-physical-activity-for-older-adults?aoCookiePolicy=1&Action-Type=2_SetCurrency&CurrencyCode=7. 27.4.2016.
- Eläketurvakeskus (ETK). 2014. 2014 Tilasto Suomen eläkkeensaajista kunnit-
tain. Eläkkeensaajat ja väestöosuudet eläkelajin mukaan 31.12.2014.
Helsinki: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino, 36.
- Eriksson, J. 2015. Liikunta ja tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930. 4.12.2015.
- Fernandes Moreira, L. D., Longo de Oliveira, M., Lirani-Galvão, A. P., Marin-
Mio, R. V., Nolasco dos Santos, R. & Lazaretti-Castro, M. 2014.

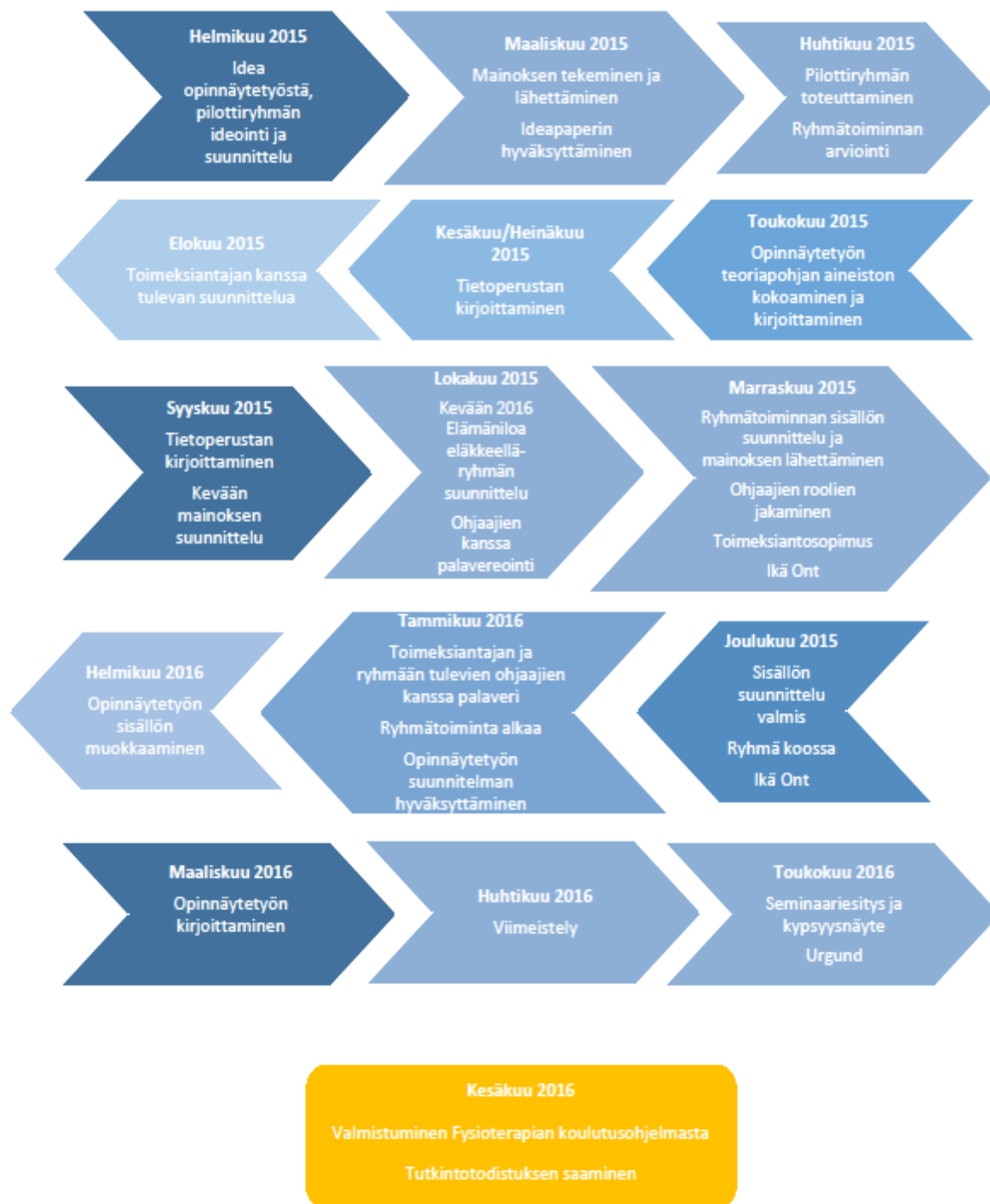
- Physical exercise and osteoporosis: effects of different types of exercises on bone and physical function of postmenopausal women. *Arq Bras Endocrinol Metab* (58) 5. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500514&lng=en&nrm=iso&tlng=en. 12.12.2015.
- Ferreira, M., Sherrington, C., Smith, K., Carswell, P., Bell, R., Bell, M., Nascimento, D. P., Pereira, L. S., M. & Vardon, P. 2012. Physical activity improves strength, balance and endurance in adults aged 40-65 years: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58 (3), 145–156. [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70105-4). 12.12.2015
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen: Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkinen, E. 2005. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa: Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 184–186, 190–196.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 393–394.
- Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 278–283.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2008. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: Näkökohtia terveyteen. Teoksessa: Terveyden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 37.
- Holm, J. 2010. Ihmisen kohtaaminen ja arvostava vuorovaikutus - vertaisryhmätoiminnan kulmakivi. Teoksessa: Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA, 51.
- Houglum, P. 2010. Therapeutic exercise for musculoskeletal injuries. Stanningley: Human Kinetics.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Osteoporoosi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 631.
- Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa: Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 33.
- Jyrkämä, O. 2010. Vertaistuki kannattaa. Vertaisryhmä käyntiin! Teoksessa Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA, 20. https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Oheismateriaali_Vertaistoiminta+kannattaa+koulutusaineisto.pdf/3e98c7df-0282-4271-b45f-55eeca580f4e.
- Kannus P. 2011. Osteoporoosi ja kaatumistapaturmat. Teoksessa: Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. (toim.). Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 155–160.

- Karnell, S. & Laimio, A. 2010. Vertaistoiminta - Kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa: Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA, 11.
- Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä. 2014. Opinnäytetyön ohje. https://student.karelia.fi/fi/opiskelu/oppari/_layouts/15/osssearchresults.aspx?u=https%3A%2F%2Fstudent%2Ekarelia%2Efi%2Ffi%2Fopiskelu%2Foppari&k=toiminnallinen%20opinn%C3%A4tytety%C3%B6#k=toiminnallinen%20opinn%C3%A4tytety%C3%B6. 20.1.2016.
- Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Korteniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Stakes, Työpapereita 23/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Kujala, U. 2005. Nivelrikko ja nivelreuma. Teoksessa: Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 301, 305.
- Kukkonen, T. 2014. Ikäosaamista Voimalasta. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://issuu.com/karelia-amk/docs/ikaosaamista-voimalasta>. 26.1.2016.
- Kulju, K., Lähteenmäki, M-L., Mesiäinen, H., Myyryläinen, R. & Rautonen, A. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Suomen fysioterapeutit.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Terveystieteen etiikan lähtökohtia. Teoksessa: Terveystieteen edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 62.
- Käypä hoito. 2012. Liikunta. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075>. 3.12.2015.
- Käypä hoito. 2006. Toimintakyvyn arviointi. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=CF5E122497B61288E8B70C6A350C8164?id=nix00522>. 12.5.2016.
- Laimio & Karnell. 2010. Vertaistoiminta - kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa: Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA, 6.
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.
- Majamaa, K. 2013. Solun vanheneminen. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 125.
- Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykyys. Teoksessa: Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 168.
- Portin, P. 2013. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 114.
- Rantanen, T. 2005. Sarkopenia. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 286–287, 293.
- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tuottamiseen vaikuttavia kehitysuuntia. Teoksessa: Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 17

- Rinne, M. 2010. Tasapainon harjoittamisen perusteet ja keinot. Koulutettujen Hierojien Liitto. www.khl.fi/pdf/tasa.pdf. 14.1.2016.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Tampere: Turun ammattikorkeakoulu.
- Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2013. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 141, 146–147.
- Sundell, J. 2015. Voimaharjoittelu - Ohje keski-ikäisille ja vanhemmille. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01079. 4.12.2015.
- Sulkava, R. 2010. Neurogeriatria. Teoksessa: Kaste, M., Soinila, S., & Somer, H. (toim.). Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 640.
- Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T., (toim.). Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34–35.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. ICF-luokitus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. 10.11.2015.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Kaatumisten ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy>. 5.12.2015.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Iäkkäiden toimintakyky. Väestö vanhe-
nee. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>. 3.12.2015.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Toimintakyvyn arviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>. 26.11.2015.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Iäkkäät. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>. 14.12.2015.
- Terveyskirjasto. 2015. Liikuntaan liittyviä määritelmiä. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01203. 14.1.2016.
- Terveyskirjasto. 2016. Asento- ja liikeaisti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00287. 26.1.2016.
- Tilastokeskus. 2012a. Väestöennuste. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestonmuutokset. 8.12.2015.
- Tilastokeskus 2012b. Suuret ikäluokat eläkeiässä. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_001.html?s=1. 9.12.2015.
- Tilastokeskus. 2014. Väestörakenteen muutos. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/kehityssuuntia/vaestorakenteen-muutos>. 16.12.2015.
- Tilastokeskus. 2015. Väestö. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoiänmukaan. 8.12.2015.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Kehittäminen toimintana. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy
- Vaarama, M. 2013. Kaikenikäisille Hyvä Suomi. Sukupolvipolitiikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110167/THL_TY%C3%96018_2013web.pdf?sequence=1. 27.1.2016.

- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vuori, I. 2010a. Liikuntasuositus kaikille 65 vuotta täyttäneille sekä 50-64-vuotiaille henkilöille, joilla on joku pitkäaikainen sairaus tai toimintakyvyn rajoite, joka vaikuttaa liikuntaan osallistumiseen tai kuntoon. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01179&suositusid=hoi50075>. 3.12.2015.
- Vuori, I. 2010b. Ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia ja liikunta. Lihas-kato ja lihaksen voima, teho ja kestävyys. Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=600FC5C82DDCB570F347B362799CD949?id=nix01182>. 1.6.2015.
- Vuori, I. 2011. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa: Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. (toim.). Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94-98, 102–103.
- WHO. 2015. Ageing and life-course. What is “active aging”? http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/. 10.12.2015.
- WHO. 2012. Falls. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>. 11.12.2015.
- WHO. 2013. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia. 2004:4. STAKES.
- World Health Organization. 2015. Physical Activity and Older Adults. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/. 18.8.2015

Opinnäytetyön etenemisen suunnitelma





ELÄMÄNILOA ELÄKKEELLÄ

Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala-opiskelijat järjestävät maksutonta ryhmätoimintaa hiljattain työuransa päättäneille eläkeläisille.

Ryhmäkerroilla on luvassa vaihtuvaa hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa **sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden järjestämänä.**

Kahvittelu-
mahdollisuus
omakustanteisesti
ravintola Solinassa.

TAPAAMISKERRAT KEVÄÄLLÄ 2015:

To 16.4., klo 9-12
Ke 22.4., klo 9-12
Ke 29.4., klo 9-12
To 7.5., klo 9-12
Ke 13.5., klo 9-12

PAIKKA:

Tikkarinne-kampus, E-talo
Tikkarinne 9, 80200 Joensuu

ILMOITTAUTUMISET 9.4 MENNESSÄ:

Kaisa Juvonen p. 050 5981369





ELÄMÄNILOA ELÄKKEELLÄ

Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala-opiskelijat järjestävät maksutonta ryhmätoimintaa noin vuosi sitten työuransa päättäneille eläkeläisille. Ryhmän tavoitteena on tarjota virikkeitä sekä tukea eläköitymisen tuomiin muutoksiin.

Kahvittelu-
mahdollisuus
omakustanteisesti
ravintola Solinassa.

Tapaamiset sisältävät
monipuolista hyvinvointia ja
terveyttä edistävää toimintaa
sosiaali- ja terveysalan
opiskelijoiden järjestämänä.

TAPAAMISKERRAT KEVÄÄLLÄ 2016:

Ti 19.1., klo 9-12 /Tervetuloa ryhmään!
Ti 26.1., klo 9-12 /Tasapainoillen
Ti 2.2., klo 9-12 /Kuntosali tutuksi
Ti 9.2., klo 9-12 /Terveyttä edistäen
Ti 16.2., klo 9-12 /Mielen hyvinvointi
Ti 23.2., klo 9-12 /Katseet tulevaisuuteen

PAIKKA:

Tikkarinne-kampus, E-talo
Tikkarinne 9, 80200 Joensuu

LISÄTIETOJA JA

ILMOITTAUTUMISET 16.12 mennessä:

Kaisa Juvonen, Voimala-koordinaattori
p. 050 5219270, kaisa.r.juvonen@karelia.fi



ELÄMÄNILOA ELÄKKEELLÄ Esitietolomake

Päivämäärä: ____-____-____

Nimi: _____ Ikä: _____

Syntymäaika: _____

Ammatti ennen eläköitymistä: _____

Eläkkeelle jäännistä aikaa: _____ vuotta

Onko tämänhetkisessä terveydentilassasi sellaisia seikkoja, jotka meidän olisi ryhmänohjaajina oleellista tietää?

Ei _____

KYLLÄ _____, MITÄ? _____

Miten suhtaudut eläköitymiseesi?

Koetko vertaistoiminnan ryhmässä tarpeelliseksi? KYLLÄ _____ EI _____

Ryhmätoimintaa, johon osallistun saa valokuvata: KYLLÄ _____ EI _____

Osallistun toimintaan omalla vastuullani:

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Aika ja paikka: _____

Elämäniloa eläkkeellä ryhmän loppupalaute

1. Mikä ryhmätoiminnassa oli hyvää?

2. Mitä kehitettävää ryhmätoiminnassa oli?

3. Mikä toiminta oli erityisesti mieleistä?

4. Mitä mieltä olit kertojen teemoista?

5. Millaisena pidit ryhmän ilmapiiriä?

6. Miten koit ohjaajien vaihtuvuuden eri ryhmäkerroilla?

Ryhmäläisten palaute Elämäniloa eläkkeellä pilottiryhmästä



Ryhmäläisten palaute Elämäniloa eläkkeellä ryhmästä

"Ryhmän ajankohta
sopiva"

"Liikunnan tärkeys"

"Elämä jatkuu"

"Pysäköinnin
ohjeistusta ei ollut"

"Ryhmätoiminta kaikin
puolin sujuvaa"

"Leppoista, paljon naurua –
NUOREKAS"

"Kivaa oli, näitä lisää"

"Lisää yksilöllistä
ohjausta"

"Aihealueet sopivia"

"Oikein kohdennettua asiaa
ikäntyneille – pitäis tehdä
itsekin jotain
ennaltaehkäisevästi"

"Miehiä mukaan"

"Suurempi
ryhmäkoko"

"Hauskaa tekemistä"

"Parasta terapiaa
aikoihin!"

"Iloinen tunnelma,
huumorintajuinen ryhmä"



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Oppimis- ja palveluympäristö Voimala, Karelia-ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Voimala-koordinaattori Kaisa Juvonen
Osoite:	Tikkarinne 9 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	050 521 9270
Sähköposti:	kaisa.r.juvonen@karelia.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapian koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	[redacted] Toni Hartikainen [redacted] Iina Kuokkanen
Puhelinnumero:	Toni [redacted] Iina [redacted]
Sähköposti:	toni.hartikainen@edu.karelia.fi iina.kuokkanen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Aktiivinen ikääntyminen eläköityneiden ryhmätoiminnassa - Ryhmätoimintamallin kehittäminen
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	Suunnitelma joulukuun 2015, valmistumistavoite toukokuun 2016.
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Kustannusta vaativia toimia ei tiedossa.

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijoita opinnäytetyön suorittamisessa. Lisäksi toimeksiantajan tilat ovat opiskelijoiden käytettävissä. Opinnäytetyön tekijänoikeudet ovat opiskelijoilla, mutta toimeksiantajalla on käyttöoikeus opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opinnäytetyö tehdään opinnäytetyön ohjeiden ja eettisten periaatteiden mukaan.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Yliopettaja Liisa Suhonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 8.1.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Iina Kuokkanen Toni Hartikainen Iina Kuokkanen
Päiväys 8.1.2016	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys KAISA JUVONEN
Päiväys 8.1.2016	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Liisa Suhonen